



INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR
UNIVERSIDADE DO PORTO

Relatório de Estágio
Mestrado Integrado em Medicina

**ESTÁGIO NO INSTITUTO PORTUGUÊS DE
ONCOLOGIA DO PORTO FRANCISCO GENTIL, E.P.E: CLÍNICA DE
UROLOGIA**

Ana Isabel Sousa Pinheiro Machado

Orientador

Prof. Doutor Rui Manuel Ferreira Henrique

Co-orientador

Doutor Jorge Augusto da Costa Oliveira

Porto 2011

Ana Isabel Sousa Pinheiro Machado

**ESTÁGIO NO INSTITUTO PORTUGUÊS DE
ONCOLOGIA DO PORTO FRANCISCO GENTIL, E.P.E:
CLÍNICA DE UROLOGIA**

Dissertação do Mestrado Integrado em Medicina
Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar
Universidade do Porto

ORIENTADOR:

Rui Manuel Ferreira Henrique
Doutor em Ciências Médicas
Especialista em Anatomia Patológica

CO-ORIENTADOR:

Jorge Augusto da Costa Oliveira
Licenciado em Medicina
Consultor em Urologia

RESUMO

O principal objectivo do estágio na Clínica de Urologia do Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE (IPO - Porto) consistiu na aquisição de conhecimentos e competências na abordagem multidisciplinar do doente oncológico, neste caso específico na área da Urologia.

Neste contexto, tive o benefício de participar em actividades diversas, desenvolvidas na Unidade, sob a tutela dos respectivos profissionais, incluindo consulta individual, consulta de grupo pós-operatória, consulta multidisciplinar, observação de procedimentos de diagnóstico (por exemplo, cistoscopia) e cirúrgicos (no Bloco Operatório Central), observação da rotina de diagnóstico de Uropatologia (no Departamento de Patologia), Imagiologia urológica e Radioterapia (no Departamento de Radioterapia e Braquiterapia).

Adicionalmente, realizei um estudo de avaliação da eficácia de uma nova técnica cirúrgica para correcção de incontinência urinária decorrente de prostatectomia radical ou ressecção trans-uretral da próstata. Para isso, entrevistei os doentes e analisei os respectivos processos clínicos, de forma a reunir toda a informação necessária.

A participação nas actividades de rotina de uma das clínicas com maior movimento de doentes do IPO-Porto permitiu-me obter uma visão multidisciplinar dos doentes com cancro urológico, assim como estabelecer contacto com os mesmos desde o momento do diagnóstico ao tratamento e *follow-up*.

Por fim, foi também de crucial importância observar, não só a técnica, como também todo o conjunto de recursos humanos necessários para prestar cuidados de saúde de alta qualidade, personalizados e homogéneos.

ABSTRACT

The main goal of the stay at the Urologic Clinic of Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, E.P.E. (IPO - Porto) was the acquisition of knowledge and skills in the multidisciplinary approach to the urologic cancer patient.

In this context, I had the benefit of participating in many different activities, developed in the Urologic Clinic, under the supervision of its professionals: including individual consults, post-operative consults, multidisciplinary consults, observation of diagnostic procedures (e.g., cystoscopy) and surgical procedures (at the Central Surgical Rooms), observation of the diagnostic routine of Uropathology (at the Department of Pathology) and urologic imaging and radiation therapy (at the Departments of Radiotherapy and Brachytherapy).

Additionally, I performed a study which evaluated the efficiency of a new surgical technique for correction of urinary incontinence resulting from radical prostatectomy or trans-urethral resection of the prostate. For that purpose, I interviewed patients and analyzed their clinical charts, gathering the required information.

The participation in the routine clinical duties of one of the most active outpatient clinics of IPO-Porto, enabled me to achieve a multidisciplinary view of patients affected by urologic cancer, as well as to establish contact with those patients from the time of diagnosis, to treatment and follow-up.

Finally, I also found important to observe not only the technical but also the entire set of human resources required to provide high-quality, personalized and homogeneous health care.

AGRADECIMENTOS

À minha família, pelo apoio incondicional que sempre demonstrou.

Ao meu orientador, Prof. Doutor Rui Henrique, pelo voto de confiança que depositou em mim e pela sua preciosa ajuda e paciência.

Ao meu co-orientador, Dr. Jorge Oliveira, por me ter apoiado desde o início.

A todos os profissionais da Clínica de Urologia, Serviço de Anatomia Patológica, Radioterapia Externa, Braquiterapia e Bloco Operatório Central.

ÍNDICE GERAL

Introdução	1
Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, E.P.E	2
1. História.....	2
2. Organização.....	3
3. Clínica de Urologia	4
 Discussão	 6
1. Estágio	
1.1. Clínica de Urologia	6
1.2. Anatomia Patológica	14
1.3. Radioterapia Externa.....	15
1.4. Braquiterapia	17
2. Projecto de Avaliação	
2.1. Introdução	18
2.2. Material e Métodos	18
2.3. Resultados	21
2.4. Discussão	33
 Conclusão	 35
Bibliografia.....	36
Anexos.....	37

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ICIQ: *International Consultation on Incontinence Questionnaire*

PR: Prostatectomia Radical

RTU-P: Ressecção transuretral da próstata

RTU-V: Ressecção transuretral de tumor vesical

INTRODUÇÃO

O interesse pela Urologia, sobretudo pela Urologia Oncológica, começou no 5.º ano do Curso em Medicina. Desde aí, a curiosidade foi crescendo, assim como o interesse pela aquisição de novos conhecimentos relacionados com a área.

Assim, no 6.º ano, não poderia ter aproveitado de melhor forma a oportunidade de realizar um estágio no âmbito da unidade curricular “Dissertação/Projecto/Relatório de Estágio”. Tendo em vista os objectivos que se foram construindo ao longo dos anos, não hesitei em escolher como local de estágio a Clínica de Urologia do Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, E.P.E.

Esta clínica dedica-se a uma abordagem multidisciplinar diagnóstica, terapêutica e de *follow-up* dos doentes com cancro do foro urológico. Considerando a forma como a unidade se encontra estruturada, o objectivo do estágio consistiu em incluir as especialidades nucleares de Urologia, Oncologia Médica e Radioterapia, pretendendo-se igualmente proporcionar o contacto com especialidades de apoio, como a Anatomia Patológica. Desta forma, seria permitida a aquisição de conhecimentos e competências na abordagem multidisciplinar do doente oncológico, neste caso específico na área da Urologia.

Com base nestes pressupostos, o estágio dividiu-se em duas partes: uma primeira dedicada à participação em actividades clínicas diversas, desenvolvidas na Clínica de Urologia, e uma segunda dedicada à realização de um trabalho de avaliação da eficácia de uma nova técnica cirúrgica para correcção de incontinência urinária pós-prostatectomia radical (PR) ou ressecção trans-uretral da próstata (RTU-P).

Relativamente à primeira parte do estágio, tive a possibilidade de participar em consultas individuais, sendo-me permitida a realização de anamnese e exame físico dos doentes, em consultas de grupo pós-operatórias, consultas de grupo multidisciplinares, observação de procedimentos técnicos diagnósticos (e.g., cistoscopia) e cirúrgicos (no Bloco Operatório Central), bem como a oportunidade de contactar com o Serviço de Anatomia Patológica, incluindo a Sala de Apoio ao Bloco Operatório Central (um dia) e com a Radioterapia e Braquiterapia (um dia).

No que respeita à segunda parte do estágio, foi-me permitida a consulta dos processos clínicos dos doentes submetidos à colocação do InvanceTM e, consequentemente, o contacto

telefónico com os mesmos para a realização de um questionário destinado à avaliação do grau de eficácia e satisfação dos pacientes em relação a esta técnica cirúrgica. Os dados obtidos permitiram a realização de uma análise estatística detalhada, fundamental à concretização do projecto pelo qual fui responsável.

Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, E.P.E

1. História

Foi em 1907 que em Portugal se deram os primeiros passos na organização da luta contra o cancro, o que em grande parte se deveu à dedicação do Professor Francisco Soares Branco Gentil, oncologista de renome internacional.

Em 1923, foi criado o Instituto Português para Estudo de Cancro, com sede provisória no Hospital Escolar de Santa Marta em Lisboa, dinamizado pelo Professor Francisco Gentil.

Mais tarde, foi construído na Palhavã, em Lisboa, que viria a ser o seu local definitivo de instalação, o Instituto Português de Oncologia, que mais tarde adoptará o nome do seu fundador, o Professor Francisco Gentil. O segundo centro do Instituto Português de Oncologia, em Coimbra, nasceu em 1967 e foi apenas em Abril de 1974 que o Centro do Porto iniciou as suas funções, distinguindo-se, desde então, pela qualidade da prestação dos cuidados de saúde aos doentes oncológicos, incluindo na forma com que acolhe e trata os doentes, na actividade científica de grande credibilidade e na qualidade de ensino que realiza na área da oncologia. Tudo isso permitiu que conquistasse hoje dimensão europeia e internacional, sendo membro activo da *European Organization of Research and Treatment of Cancer* (EORTC).

O Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil – Centro Regional de Oncologia do Porto solicitou à tutela a sua integração no grupo dos hospitais com estatuto de sociedade anónima de capitais exclusivamente públicos, o que veio a formalizar-se através do Decreto-Lei nº 282/2002, de 10 de Dezembro, que alterou a sua designação para IPOFG - CROP, S.A.

Em 1 de Janeiro de 2006, um novo Decreto-Lei (n.º 233/2005) veio transformar as sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos (S.A.) em EPE - Entidades Públicas Empresariais, transformação que visava uma melhor prestação de cuidados de saúde, através da optimização dos recursos e que veio dar a esta instituição a sua designação actual: Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, Entidade Pública Empresarial (I.P.O.P.F.G., E.P.E.)

No dia 5 de Agosto de 2004, o IPO-Porto recebeu do *Health Quality Service* (HQS, Organismo Britânico de Acreditação de Hospitais) a Acreditação total. A Acreditação/Certificação consiste no reconhecimento, por um órgão externo, de que uma instituição cumpre com elevados critérios pré-definidos de prestação de cuidados e segurança do doente. Esses critérios consideram o doente como o centro de todas as actividades do hospital.

Em 12 de Março de 2008, renovou a sua Acreditação e, também nesta data, alcançou mais um patamar de qualidade ao obter a Certificação pela norma ISO 9001:2008, atribuída pelo HQS.

No seguimento desta estratégia, o IPO-Porto (em consórcio com o IPATIMUP) recebeu a certificação de Centro Abrangente de Oncologia Europeu (European Comprehensive Cancer Centre) através da O.E.C.I., sendo o primeiro instituto de cancro europeu a atingir tal estatuto após avaliação externa.

2. Organização

O doente deve ser encaminhado para o IPO por outro hospital, pelo médico de família ou outro médico assistente, sendo a primeira consulta marcada pelo médico assistente através da linha directa de marcação ou pelo sistema “Consulta a tempo e horas” (*Alert*). Se tal não for possível, o doente pode marcar a consulta pessoalmente ou por outros meios, fazendo-se sempre acompanhar de um relatório médico.

O doente é, então, encaminhado para uma Clínica de Patologia e, uma vez avaliada a sua situação clínica, é presente a uma Consulta de Grupo Multidisciplinar de Decisão Terapêutica, de forma a ser proposto o tratamento mais adequado.

As **Clínicas de Patologia** são, assim, a base de toda a estruturação assistencial. São elas:

- Clínica de Mama
- Clínica de Digestivos
- Clínica de Cabeça e Pescoço
- Clínica de Urologia
- Clínica de Ginecologia
- Clínica de Pulmão
- Clínica de Pele, Tecidos Moles e Osso
- Clínica de Hemato-Oncologia
- Clínica do Sistema Nervoso Central
- Clínica dos Tumores Endócrinos
- Clínica Pediátrica

Às Clínicas de Patologia compete a realização de consultas de diagnóstico, consultas de grupo de decisão terapêutica, consultas de grupo de segunda opinião, consultas de seguimento e consultas de especialidade, assim como realização de técnicas de diagnóstico e tratamento específicas.

3. Clínica de Urologia

A Clínica de Urologia do IPO-Porto é uma entidade multidisciplinar de abordagem à patologia urológica, sendo constituída por uma equipa de profissionais especializados no diagnóstico, tratamento e *follow-up* do cancro urológico.

A equipa nuclear é constituída por profissionais especialistas em Urologia, Oncologia Médica, Radioterapia, Imagiologia, Anatomia Patológica e Enfermagem.

A Clínica de Urologia fica situada no edifício A (principal), no piso 3, sendo os acessos rápidos e convenientes, quer para os doentes, quer para os profissionais de saúde que lá trabalham.

Uma vez no interior da clínica, os doentes são prontamente acompanhados por uma assistente operacional ou uma enfermeira para o gabinete/consultório destinado.

A Clínica é dotada de vários gabinetes de consulta, um gabinete de consulta de grupo pós-operatório e multidisciplinar, gabinetes de enfermagem e uma sala destinada à realização de cistoscopias e biópsia prostática trans-rectal ecoguiada.

Uma vez sendo feito o pedido de consulta, este é analisado pelo Coordenador da Clínica e, uma vez aceite, o doente é convocado para uma consulta em, aproximadamente, cinco dias.

Os motivos de consulta são os mais variados: resultados de rastreio suspeitos de cancro urológico; sinais/sintomas sugestivos, continuação de orientação diagnóstica iniciada no exterior, terapêutica adjuvante após tratamento cirúrgico realizado no exterior, etc.

Todos os doentes operados passam por uma consulta de grupo pós-operatório, onde lhes é explicado o percurso pós-cirúrgico, baseado no tipo histológico do tumor e nas características gerais do doente.

Quando necessário, é marcada uma consulta de grupo multidisciplinar, constituída por especialistas em Urologia, Oncologia Médica e Radioterapia, no sentido de permitir uma abordagem global do doente, avaliando a necessidade de Cirurgia, Quimioterapia e Radioterapia.

DISCUSSÃO

O estágio dividiu-se em duas partes: uma parte destinada à participação em actividades diversas desenvolvidas na Clínica de Urologia, passando igualmente pela Anatomia Patológica e Radioterapia, e uma outra baseada na elaboração de um projecto de avaliação de eficácia de uma nova técnica cirúrgica.

Ambas as partes foram realizadas no período compreendido entre 22 de Novembro de 2010 e 7 de Abril de 2011.

Antes de iniciar o estágio, reuni-me com o meu Orientador, Prof. Doutor Rui Henrique (Director do Serviço de Anatomia Patológica e responsável pela área de diagnóstico em Uropatologia), e com o meu Co-orientador do estágio, Dr. Jorge Oliveira (Coordenador da Clínica de Urologia e Director do Serviço de Urologia). Nessa ocasião, apresentei os meus objectivos e ficou traçada uma lista de metas a atingir durante o período em que iria permanecer na Clínica. Foi-me também sugerida a realização de um projecto de avaliação da eficácia da colocação do InvanceTM, uma nova técnica para correcção da incontinência urinária pós-PR /RTU-P, proposta que aceitei prontamente e com entusiasmo.

1. ESTÁGIO

1.1. Clínica de Urologia

No primeiro dia de estágio, fui apresentada a toda a equipa médica, de enfermagem e de assistentes operacionais, que desde logo me receberam com uma grande amizade e gentileza. A estreita relação que estabeleci com todos eles permitiu, além da realização de um estágio que respondeu a todos os meus objectivos, o acesso a todos os processos clínicos dos doentes, e a possibilidade de dispor de um gabinete médico para contactar os mesmos por telefone, de forma a ser possível a concretização do projecto de avaliação.

As semanas de estágio seguiram quase sempre a mesma rotina: a segunda-feira era dedicada às consultas individuais; a terça, quarta e sexta-feira de tarde eram dedicadas ao Bloco Operatório Central; a quinta-feira de manhã era dedicada à Consulta de Grupo Pós-Operatória e a sexta-feira de manhã à Consulta de Grupo Multidisciplinar.

Nas consultas individuais, tive a oportunidade de participar na realização da anamnese e do exame físico, nomeadamente o toque rectal, bem como de assistir à realização de cistoscopias.

Além disso, participei como observadora na Consulta de Grupo Pós-operatório e na Consulta de Grupo Multidisciplinar. Apesar de a minha participação ter sido manifestamente reduzida nestas actividades, foi bastante enriquecedor poder assistir à exposição e discussão de diversos casos clínicos.

1.1.1. Patologia prostática

Entre as diversas patologias observadas durante este estágio, merece particular destaque o cancro da próstata, motivo pelo qual lhe dediquei uma secção própria e mais aprofundada.

Apesar de o cancro da próstata contemplar vários tipos histológicos, o adenocarcinoma é o subtipo predominante (> 95% dos casos). A sua classificação e graduação histológica são determinantes na previsão do comportamento do tumor, sendo a classificação de Gleason aquela que é mais universalmente aceite.

Em fases precoces, a grande maioria dos tumores é assintomática, sendo apenas possível suspeitar da sua presença através da realização do toque rectal e/ou do doseamento do PSA sérico. Quando o cancro da próstata se torna sintomático, quase invariavelmente já ultrapassou a fase curativa (Dias, J., 2010). No dia-a-dia na Clínica de Urologia foi-me possível contactar com tal realidade e compreender a importância do rastreio do cancro da próstata.

O toque rectal, apesar de temido pela grande maioria dos homens, torna-se indispensável e insubstituível porque permite avaliar características da próstata de uma forma que mais nenhum exame avalia: dimensões e volume aproximado, consistência, tipo e regularidade da superfície, limites e existência de zonas suspeitas ou dolorosas.

O PSA sérico, apesar de ser um dos melhores marcadores tumorais existentes, não é específico, devendo ser interpretado em função da idade do doente, do volume prostático (através da “densidade do PSA”), da progressão do valor do PSA (“velocidade do PSA”), da presença de um nódulo no toque rectal ou da presença de eventuais biopsias prévias.

O tratamento do cancro da próstata dependerá, obviamente, se o mesmo for localizado, localmente avançado, ou metastizado. No primeiro caso, as opções terapêuticas actualmente disponíveis e mais globalmente aceites são a cirurgia radical e a radioterapia, sendo que em casos particulares poderão também ser utilizadas a crioterapia ou a HIFU (*high intensity focused ultrasound*). Actualmente, no cancro da próstata localmente avançado, a maioria dos doentes são submetidos a uma forma de tratamento localizado associado a hormonoterapia adjuvante ou, por vezes, cirurgia e radioterapia adjuvante. No cancro da próstata metastizado, o tratamento recomendado é a hormonoterapia, através do bloqueio androgénico.

Segue-se uma descrição sucinta dos casos de patologia observados durante o estágio, que pretende transmitir a natureza das situações clínicas com que me deparei.

A. Consultas individuais

Quadro 1: Casos clínicos de patologia prostática – consultas individuais

Idade	Caso clínico	Plano
82 Anos	Hematúria paroxística assintomática num doente com antecedentes de amputação abdomino-perineal, quimioterapia e radioterapia por carcinoma do recto (2003). TAC abdomino-pélvico sem alterações.	Ecografia abdominal Sedimento urinário Análise microbiológica da urina. Consulta daqui a três meses.
74 Anos	Doente com Diabetes <i>Mellitus</i> tipo II, algaliado desde há um ano por retenção urinária. PSA actual = 39. Toque rectal evidencia massa dura, fixa, heterogénea. Exame físico revela, ainda, balanite.	Biópsia prostática
85 Anos	Doente com PSA = 10. Ao exame físico, detectou-se a presença de uma massa dura e fixa ao toque rectal e de fimose. Fez biópsia prostática trans-rectal ecoguiada, que confirmou o diagnóstico de adenocarcinoma da próstata, <i>score</i> de Gleason 9 (4+5).	Estadiamento: hemograma, bioquímica, estudo da coagulação, raio-x de tórax.
70 Anos	Seis anos após PR por adenocarcinoma da próstata, <i>score</i> de Gleason 7 (3+4) e três anos após radioterapia de salvamento por recidiva local. PSA actual=0,122.	Doseamento do PSA e consulta daqui a seis meses.

B. Consultas de grupo pós-operatório

Quadro 2: Casos clínicos de patologia prostática – consultas de grupo pós-operatório

Idade	Caso clínico	Plano
60 Anos	Pós-operatório de PR por via retro-púbica por adenocarcinoma invasor da próstata, <i>score</i> de Gleason 7 (4+3). Imagens de permeação perineural. Margens negativas.	<i>Follow-up</i> : doseamento do PSA e consulta daqui a 6 meses. Remove algália e aprende exercícios de continência.
75 Anos	Doente com HTA, DPOC e antecedentes de hemicolectomia direita por carcinoma do cólon. PSA = 10. Toque rectal sugestivo de carcinoma da próstata. Aguarda biópsia e estadiamento. Seguido, também, por massa renal sugestiva de angiomiolipoma.	Estadiamento do carcinoma da próstata com cintilograma ósseo e RM abdomino-pélvica
69 Anos	Pós-operatório de PR por adenocarcinoma de tipo acinar e ductal, <i>score</i> de Gleason 9 (4+5), com invasão extracapsular e das vesículas seminais. Imagens de permeação perineural. Margens tangenciais. PSA inicial = 12,36	Tratamento com bicalutamida. Hoje tira a algália e aprende exercícios de continência.

C. Consultas de grupo multidisciplinar

Quadro 3: Casos clínicos de patologia prostática – consultas de grupo multidisciplinar

Idade	Caso clínico	Plano
58 Anos	PR por adenocarcinoma da próstata, <i>score</i> de Gleason 6 (3+3), pT3. Recidiva bioquímica. Fez Radioterapia de salvamento. PSA (há seis meses) = 0,93. PSA actual = 2,08.	Bicalutamida.
77 Anos	Adenocarcinoma da próstata, <i>score</i> de Gleason 7 (3+4), com invasão da cápsula e permeação perineural. PSA=5,88. Cintilograma negativo. Iniciou bicalutamida.	Análogo LHRH.
78 Anos	Antecedentes de PR por adenocarcinoma, <i>score</i> de Gleason 6 (3+3), sem invasão extracapsular nem das vesículas seminais; margens negativas. PSA a aumentar progressivamente, actualmente com o valor de 1,78. Cintilograma negativo. RMN mostra 2 nódulos na anastomose.	Radioterapia de salvamento.
56 Anos	Adenocarcinoma da próstata, <i>score</i> de Gleason 6 (3+3).	Pede-se RMN.

	PSA=8,72. Cintilograma ósseo mostra lesões sugestivas de doença de Paget, embora não seja possível descartar doença secundária.	Inicia braquiterapia.
76 Anos	Antecedentes de adenomectomia prostática por hiperplasia benigna da próstata. PSA=12,68. Biópsia prostática revela adenocarcinoma da próstata score de Gleason 7 (3+4).	Propõe-se Radioterapia e Hormonoterapia neo-adjuvante e/ou adjuvante.

1.1.2. Patologia vesical

A. Consultas individuais

Quadro 4: Casos clínicos de patologia vesical – consultas individuais

Sexo	Idade	Caso clínico	Plano
Masculino	62 Anos	Doente com Diabetes <i>Mellitus</i> tipo II. Nove anos após RTU-V por tumor vesical (Ta baixo grau).	<i>Follow-up</i> com ecografia reno-vesical e citologia urinária anualmente.

B. Consultas de grupo pós-operatório

Quadro 5: Casos clínicos de patologia vesical – consultas de grupo pós-operatório

Sexo	Idade	Caso clínico	Plano
Masculino	71 Anos	Pós-operatório de cistoprostatectomia com derivação de Bricker por cistite crónica e escleroatrófica (múltiplos episódios de hematuria e ITUs), bem como adenocarcinoma da próstata bem diferenciado, score de Gleason 6 (3+3). Margens negativas.	<i>Follow-up</i> : ecografia abdominal, hemograma e bioquímica e doseamento do PSA. Consulta daqui a 6 meses.
Feminino	66 Anos	Pós-operatório de RTU-V por carcinoma urotelial não invasor, localizado no meato ureteral esquerdo. Fez ureterectomia pélvica complementar com reimplante vesical.	<i>Follow-up</i> : cistoscopia e ecografia daqui a 6 meses.
Masculino	70 Anos	Pós-operatório de cistoprostatectomia total por carcinoma urotelial papilar de alto grau com invasão da lâmina própria e do corpo esponjoso. Por apresentar uretrorragias, fez cistoscopia, que revelou recidiva uretral. Fez uretrectomia total.	<i>Follow-up</i> : Raiox tórax, TAC abdomino-pélvico, hemograma e bioquímica.

Masculino	69 Anos	Pós-operatório de RTU-V por carcinoma urotelial papilar de baixo grau, não invasor. Última cistoscopia revelou recidiva tumoral. Fez RTU e mitomicina intra-operatória.	<i>Follow-up:</i> cistoscopia daqui a 4 meses.
Feminino	79 Anos	Pós-operatório de ureterectomia segmentar com implante ureterovesical à direita. O exame histológico revelou segmento de ureter com carcinoma urotelial papilar invasor de alto grau, mas apenas com invasão da lâmina própria. Margens livres de tumor.	<i>Follow-up:</i> ecografia reno-vesical, hemograma e bioquímica e citologia urinária. Consulta daqui a 6 meses. Depois: cistoscopia.
Masculino	75 Anos	Pós-operatório de RTU-V com mitomicina peri-operatória. Exame histológico compatível com carcinoma urotelial papilar de alto grau com invasão do córion. Queixas de incontinência e ardor.	Spasmoplex® e nimesulide. BCG semanal durante 6 meses e depois mensal durante 2 meses. Cistoscopia daqui a 3 meses.
Masculino	78 Anos	Pós-operatório de cistoprostatectomia radical com linfadenectomia ileobuturadora por carcinoma urotelial papilar de baixo grau, com invasão apenas da lâmina própria, margens negativas, pT1N0M0; bem como adenocarcinoma da próstata score de Gleason 8 (4+4), sem invasão extra-capsular nem das vesículas seminais, pT2cN0M0.	<i>Follow-up:</i> Ecografia abdominal, Raio x Tórax, hemograma, bioquímica e doseamento do PSA. Consulta daqui a 6 meses.

C. Consultas de grupo multidisciplinar

Quadro 6: Casos clínicos de patologia vesical – consultas de grupo multidisciplinar

Sexo	Idade	Caso clínico	Plano
Masculino	80 Anos	Exenteração pélvica por carcinoma urotelial papilar de tipo infiltrativo (cistectomia com Bricker) e carcinoma do sigmóide (operação de Hartmann). Raio x tórax mostra nódulo pulmonar. TAC tóraco-abdomino-pélvica mostra metástases pulmonares bilaterais, hepáticas e ósseas, bem como adenopatias múltiplas.	Pede-se cintilograma ósseo, biópsia pulmonar, PSA e CEA. Volta consulta de grupo após realização dos exames.
Masculino	64 Anos	Doente submetido a cistectomia radical com	Propõe-se Quimioterapia

		linfadenectomia. Resultado histológico da peça operatória revelou um carcinoma neuroendócrino de pequenas células de alto grau da bexiga, com invasão da gordura peritoneal. Metastização ganglionar.	paliativa.
--	--	---	------------

1.1.3. Patologia renal

A. Consultas individuais

Quadro 7: Casos clínicos de patologia renal – consultas individuais

Sexo	Idade	Caso clínico	Plano
Masculino	60 Anos	Dois anos após nefrectomia radical esquerda	<i>Follow-up</i> com ecografia, Raiox pulmonar, hemograma e bioquímica anualmente.

B. Consultas de grupo pós-operatório

Quadro 8: Casos clínicos de patologia renal – consultas de grupo pós-operatório

Sexo	Idade	Caso clínico	Plano
Feminino	74 Anos	Pós-operatório de nefroureterectomia total por carcinoma urotelial de alto grau a nível do bacinete, com invasão do córion.	<i>Follow-up:</i> hemograma, bioquímica, ecografia abdominal, cistoscopia. Consulta daqui a 6 meses.
Feminino	71 Anos	Lesão lítica do fémur direito, cuja biópsia confirma ser compatível com metástase óssea. TAC abdominal mostra lesão renal de 3 cm, sendo necessário excluir carcinoma urotelial.	Propõe-se nefrectomia radical direita. Estadiamento: cintilograma, citologia urinária e cintigrafia de perfusão (risco de TEP). Consoante o tipo histológico, poderá ser necessário o tratamento complementar com sunitinibe.
Feminino	57 Anos	Pós-operatório de nefrectomia radical direita por carcinoma de células renais cromóforo, de 13 cm, G2, limitado ao rim, sem invasão nem extensão extra-renal.	<i>Follow-up:</i> hemograma, bioquímica, raiox tórax e RMN abdominal (doente alérgico ao contraste da TAC). Consulta daqui a 6 meses.

1.1.4. Patologia testicular

A. Consultas individuais

Quadro 9: Casos clínicos de patologia testicular – consultas individuais

Idade	Caso clínico	Plano
56 Anos	Sete anos após orquidectomia radical esquerda e radioterapia por Seminoma.	<i>Follow-up</i> com ecografia, raio-x pulmonar e doseamento dos marcadores tumorais (β -HCG, α -fetoproteína e LDH).

1.1.5. Patologia peniana

A. Consultas de grupo multidisciplinar

Quadro 10: Casos clínicos de patologia peniana – consultas de grupo multidisciplinar

Idade	Caso clínico	Plano
58 Anos	Penectomia por carcinoma espinocelular do pénis. Adenopatias inguinais direitas e pélvicas. Fez Quimioterapia. TAC tóraco-abdomino-pélvico revela aumento das adenopatias, o que é favor de quimiorresistência.	Propõe-se novo esquema de Quimioterapia.
67 Anos	Antecedentes de amputação parcial do pénis por carcinoma epidermóide. PET mostra nódulo pulmonar. Biópsia aspirativa trans-torácica confirma tratar-se de um tumor neuroendócrino do pulmão.	Clínica de pulmão

1.1.6. Bloco Operatório Central

Nos dias que dediquei ao Bloco Operatório Central, pude assistir à realização de:

- Ressecções trans-uretrais da próstata;
- Prostatectomias radicais;
- Cistoprostatectomias radicais;
- Nefrectomias parciais e radicais;
- Orquidectomias;
- Desbridamento cirúrgico de uma celulite peno-escrotal;
- Uma exenteração pélvica.

Foi-me permitida, também, a participação numa cistoprostatectomia radical, numa nefrectomia radical e numa orquidectomia.

1.2. Anatomia Patológica

O Serviço de Anatomia Patológica (SAP) tem como principais objectivos o diagnóstico morfológico realizado em material clínico de doentes inscritos no IPO-Porto e a avaliação de características lesionais que contenham informação relevante para a decisão terapêutica e a definição do prognóstico. Além disso, o SAP realiza autópsias a pacientes falecidos no IPO-Porto, para esclarecimento da causa de morte e documentação clínica.

Neste sentido e, atendendo à multidisciplinaridade que caracteriza actualmente a abordagem do doente oncológico, dediquei um dia à Anatomia Patológica, tendo frequentado a Sala de Registo Macroscópico e a Sala de Apoio ao Bloco Operatório Central, onde pude observar peças operatórias e assistir à realização de vários exames per-operatórios.

Na Sala de Apoio ao Bloco Operatório Central, pude assistir à análise macroscópica (e, mais tarde, microscópica) de uma peça de cistoprostatectomia radical com derivação de Bricker e de fragmentos de RTU-P, relativos aos seguintes casos clínicos:

Quadro 11: Casos clínicos - sala de apoio ao bloco operatório

Sexo	Idade	Caso clínico
Masculino	65 Anos	<p>Doente em tratamentos de quimioterapia neoadjuvante por carcinoma urotelial de alto grau com invasão da camada muscular, com adenopatias suspeitas. TAC realizado após três ciclos de quimioterapia mostra boa resposta tumoral. Atendendo à idade do doente e à gravidade do tumor inicial, o doente é proposto para cistoprostatectomia radical com derivação de Bricker.</p> <p><u>Conclusão da análise microscópica da peça de cistoprostatectomia radical e do produto de esvaziamento obturador direito e esquerdo:</u> Bexiga com alterações de carácter inflamatório, sem evidência de neoplasia residual; próstata, vesículas seminais e ductos deferentes sem alterações patológicas relevantes; gânglios linfáticos sem metástases.</p>

Masculino	81 Anos	<p>Doente com antecedentes de radioterapia e quimioterapia por neoplasia do cólon, actualmente a fazer hormonoterapia por adenocarcinoma da próstata. Submetido a RTU-P em Janeiro de 2011 por quadro de hematúria, tendo-se verificado intra-operatoriamente a existência de uma massa prostática com invasão vesical.</p> <p><u>Conclusão da análise macro e microscópica dos fragmentos de RTU-P:</u> Achados morfológicos e estudo imunohistoquímico compatíveis com carcinoma neuroendócrino de pequenas células da próstata.</p> <p>Neste contexto, ficou decidido na Consulta de Grupo que, por enquanto, não havia indicação para tratamento de quimioterapia dirigido a esta neoplasia prostática, provavelmente resultante da progressão do tumor inicialmente diagnosticado.</p>
-----------	---------	--

1.3.Radioterapia externa

O Serviço de Radioterapia, inaugurado em 17 Abril de 1974, dispõe de novas instalações desde Março de 2011, disponibilizando à população do Norte do país um conjunto de técnicas inovadoras e avançadas de tratamentos de radioterapia.

Nos doentes com cancro prostático clinicamente localizado, a radioterapia ou a cirurgia são tratamentos considerados apropriados, não existindo qualquer evidência que suporte a superioridade de um em relação ao outro, sobretudo nos estádios iniciais. (Recomendações Terapêuticas para os Tumores Malignos do Tracto Geniturinário, 2007)

As técnicas de radioterapia conformacional tridimensional ou radioterapia de intensidade modulada são preferíveis às técnicas convencionais e deverão ser crescentemente utilizadas. (Recomendações Terapêuticas para os Tumores Malignos do Tracto Geniturinário, 2007)

Na minha passagem por este Serviço, tive a possibilidade de conhecer as novas instalações. Foi-me apresentada toda a equipa de médicos e técnicos, e tive a oportunidade de assistir à realização de TC's de estadiamento, às consultas, à dosimetria e aos tratamentos de Radioterapia.

Na consulta, pude assistir a vários casos clínicos relacionados maioritariamente com cancro da próstata, e um deles com cancro do testículo:

Quadro 12: Casos clínicos - consulta de Radioterapia

Idade	Caso clínico
72 Anos	Doente em tratamentos de Radioterapia por adenocarcinoma da próstata, <i>score</i> de Gleason 7 (3+4), diagnosticado em Dezembro/2010. PSA inicial = 11,57. Actualmente com cistite e rectite moderadas/ Graves. Sem alterações cutâneas significativas.
67 Anos	1. ^a Consulta de Radioterapia. Adenocarcinoma da próstata, <i>score</i> de Gleason 7 (3+4), diagnosticado em Outubro/2010, localizado predominantemente na periferia, mas envolvendo também ambos os lobos e a região central; intersecta a cápsula e está presente no tecido adiposo peri-prostático; vesícula seminal direita envolvida; imagens de permeação perineural. PSA inicial = 23,8. PR em Novembro/2010. PSA pós-operatório = 0,33. Uma vez que apresenta jacto fraco, demorado e, por vezes, doloroso, irá ser submetido a uretografia retrógrada e fluxometria para excluir anastomose uretro-vesical.
71 Anos	Doente em tratamentos de Radioterapia por adenocarcinoma da próstata, <i>score</i> de Gleason 7 (3+4), diagnosticado em Setembro/2010. PSA inicial = 9,4. Encontra-se a fazer hormonoterapia desde Outubro/2010.
66 Anos	Adenocarcinoma da próstata, <i>score</i> de Gleason 7 (3+4), diagnosticado em Dezembro/2010. PSA inicial = 26,8. Encontra-se a fazer hormonoterapia desde Janeiro/2011. PSA actual = 9.
75 Anos	1. ^a Consulta de Radioterapia. Adenocarcinoma da próstata, <i>score</i> de Gleason 6 (3+3), diagnosticado em Novembro/2010. PSA inicial = 14,73. Iniciou bicalutamida na altura do diagnóstico. PSA actual = 0,33.
67 Anos	Doente em tratamentos de Radioterapia por adenocarcinoma da próstata, <i>score</i> de Gleason 7 (4+3). PSA inicial = 20. Teve episódios de diarreia, mas encontra-se melhor no momento da consulta. Sem queixas urinárias nem alterações cutâneas.
60 Anos	1. ^a Consulta de Radioterapia. Adenocarcinoma da próstata, <i>score</i> de Gleason 7 (3+4), diagnosticado em Março/2011. PSA inicial = 5,83. Iniciará os tratamentos de Radioterapia sem cobertura hormonal.
26 Anos	Doente em tratamentos de Radioterapia lombo-aórtica por seminoma clássico do testículo esquerdo, na altura com marcadores tumorais negativos. Já submetido a orquidectomia radical esquerda com colocação de prótese.
69 Anos	Doente em tratamentos de Radioterapia por adenocarcinoma da próstata, <i>score</i> de Gleason 8 (3+5), diagnosticado em Novembro/2010. PSA inicial = 10. Iniciou tratamento de hormonoterapia em Dezembro/2010. Actualmente com queixas de diarreia, polaquiúria e disúria.
79 Anos	Doente em tratamentos de Radioterapia paliativa por metastização óssea da hemibacia direita, secundária a adenocarcinoma da próstata, <i>score</i> de Gleason 9 (4+5), diagnosticado e operado em 2006. PSA inicial = 21.

1.4.Braquiterapia

A Braquiterapia é um dos tratamentos possíveis para o cancro da próstata localizado, sendo um dos mais utilizados actualmente (Dias, 2010).

Para que esta modalidade terapêutica possa ser utilizada em monoterapia, deve cumprir os critérios de inclusão e de exclusão estabelecidos. (Recomendações Terapêuticas para os Tumores Malignos do Tracto Geniturinário, 2007)

No caso de se optar por Braquiterapia Prostática como tratamento exclusivo, devem ser respeitadas as características que classificam os doentes como sendo de baixo risco. São eles:

- Doentes T1-T2a e *score* de Gleason 2-6 e PSA <10 (indicação *major*);
- Doentes com IPSS 0-8 (menor risco de retenção aguda e uretrite);
- Volumes prostáticos inferiores a 35-40 cc (menor risco de retenção aguda ou morbilidade aguda, bem como de interferência das agulhas com o arco púbico). Neste sentido, pode-se realizar hormonoterapia pré-implante prostático para citoredução, de forma a permitir o implante.

Na manhã que dediquei ao Serviço de Braquiterapia, inaugurado em 17 de Abril de 1974, tal como o Serviço de Radioterapia Externa, pude assistir a dois procedimentos, realizados em doentes com cancro da próstata:

Quadro 13: Casos clínicos - Braquiterapia

Idade	Caso clínico
62 Anos	PSA=7.08, sintomatologia urinária baixa ligeira-moderada, próstata de 40 g. Biópsia prostática revela adenocarcinoma <i>score</i> de Gleason 6 (3+3), bilateral.
69 Anos	PSA=6. Próstata de 50-60 g. Biópsia prostática revela adenocarcinoma moderadamente diferenciado, <i>score</i> de Gleason 6 (3+3), localizado no lobo direito da próstata.

2. PROJECTO DE AVALIAÇÃO

2.1.Introdução

A incontinência urinária após PR, RTU-P ou devida a disfunção esfinteriana neuropática pode tornar-se num grande problema e afectar negativamente a qualidade de vida dos pacientes (Ullrich *et al*, 2004).

A maioria dos doentes com incontinência urinária após PR tem um componente significativo de incontinência urinária de stress como causa.

A cirurgia de colocação do *sling* é uma opção de tratamento cirúrgico para a incontinência urinária masculina. Comparando com o esfíncter artificial, é menos invasiva e menos dispendiosa, além de permitir micção espontânea (Zeif *et al*, 2010).

Intercalado com o estágio propriamente dito, dediquei vários dias à consulta de processos clínicos e ao contacto telefónico dos respectivos doentes, de forma a poder realizar o trabalho estatístico necessário à realização do projecto de avaliação que me foi proposto.

2.2.Material e Métodos:

2.2.1. *Design* do estudo

Este estudo analítico pode dividir-se em duas partes:

- Uma primeira parte dedicada à consulta dos processos de todos os doentes submetidos à colocação do InvanceTM, nos anos de 2009 e 2010;
- Uma segunda parte dedicada ao respectivo contacto telefónico e realização simultânea de um questionário.

Todo o processo de consulta de processos e contactos telefónicos foi realizado por mim, na Clínica de Urologia do IPO-Porto, após o término do horário de funcionamento da Clínica.

2.2.2. Amostra

A amostra incluiu todos os doentes submetidos à colocação do InvanceTM nos anos de 2009 e 2010, devido a incontinência urinária decorrente de PR ou RTU-P por adenocarcinoma da próstata. Totalizava, assim, 61 doentes.

Contudo, a amostra de doentes que respondeu ao contacto telefónico ficou reduzida a 50.

2.2.3. Questionários

O primeiro questionário, mais geral e preenchido com base na consulta dos processos, não foi validado, embora tenha sido acordado com o Coordenador da Clínica de Urologia. O principal objectivo era obter dados de identificação e o histórico clínico de cada doente. Assim, contemplava vários aspectos: (1) Identificação; (2) Tipo histológico; (3) Cirurgia prévia: tipo de cirurgia, data e diagnóstico; (4) Tratamentos adjuvantes; (5) Diabetes *Mellitus* concomitante; (6) Data da colocação do *sling*; (7) Outras cirurgias associadas. (*vide* anexo 1)

O segundo questionário, preenchido pelas respostas do próprio doente através do contacto telefónico, correspondia ao *International Consultation on Incontinence Questionnaire* (ICI-Q), um questionário simplificado, auto-administrável, que permite avaliar o impacto da incontinência urinária na qualidade de vida e a quantificação da perda urinária (Tamanini *et al*, 2004). Além disso, tem como vantagens englobar todos os aspectos da incontinência, é pequeno e fácil de responder e os sistemas de pontuação são simples, mas nem sempre clinicamente significativos, sobretudo durante o *follow-up*. (*vide* anexo 2)

No que respeita às propriedades psicométricas, corresponde a uma recomendação grau A (altamente recomendado) do *International Consultation on Incontinence*, que corresponde a validade, confiabilidade e responsividade estabelecidas com rigor (Gotoh, 2007).

2.2.4. Análise de dados

Os dados estatísticos obtidos foram analisados, empregando o **software estatístico SPSS** (SPSS *for Windows*, versão 17.0; SPSS Inc. Chicago, IL, USA).

No que respeita à variável “diagnóstico”, e dado o número reduzido de doentes para os vários diagnósticos possíveis, considerou-se pouco importante o estudo da mesma variável, uma vez não ser possível tirar quaisquer conclusões.

Os anos de colocação do *sling* (2009 e 2010) correspondem aos anos em que essa cirurgia começou a ser realizada na Clínica de Urologia.

A necessidade de criação da variável “diabetes *mellitus* concomitante” surgiu da possibilidade de existência de uma componente neurogénica que pudesse determinar a evolução dos doentes.

A variável “cirurgias concomitantes” corresponde a procedimentos cirúrgicos realizados além da colocação do InvanceTM, para correcção de outros problemas além da incontinência urinária.

As variáveis “tipo de tratamento adjuvante” e “tipo de cirurgia associada” têm mero interesse descritivo, uma vez que a maior parte dos doentes não foi submetido a qualquer tratamento adjuvante, nem a cirurgias associadas.

Através do ICIQ *score*, que varia de 0 a 21 pontos, foi possível criar uma nova variável – “grau de incontinência” -, que permitiu classificar a incontinência urinária antes da colocação do InvanceTM, um mês após a mesma e nos vários pontos de corte. A incontinência urinária foi classificada em: ligeira (0 a 7 pontos), moderada (8 a 14 pontos) e grave (15 a 21 pontos).

Uma vez que os doentes usavam diferentes tipos de protecção das perdas urinárias, foi necessário criar uma variável “tipo de protecção”, que permitisse verificar se os doentes usavam penso, fralda ou saco colector. Assim, foi possível, posteriormente, quantificar o número de pensos/fraldas/vezes de esvaziamento do saco antes e após a colocação do InvanceTM, através da criação de novas variáveis.

Uma vez que não foi possível contactar todos os doentes por telefone, devido ao facto de alguns números não se encontrarem atribuídos, um total de 11 doentes não responderam ao segundo questionário, sendo referenciados como “*missing*”. Contudo, foram incluídos nos dados do primeiro questionário, que podia ser preenchido através da consulta dos processos apenas.

2.2.5. Limitações do estudo

O presente trabalho apresenta, porém, pelo menos, quatro grandes limitações. Primeiramente, a amostra embora seja considerável, uma vez ser constituída por todos os doentes submetidos à colocação do InvanceTM na Clínica de Urologia, não é **estatisticamente significativa** face à realidade nacional. Um segundo aspecto também importante prende-se com a **ausência de validade** do primeiro questionário aplicado. Por outro lado, o facto de o ICIQ ter sido respondido por via telefónica cria **viés de informação** e o carácter prospectivo do estudo justifica a possibilidade de **viés de memória** por parte dos inquiridos. Por fim, não é demais referir que os questionários nem sempre foram realizados no **timing perfeito**, ou seja, as respostas dadas às questões relacionadas com o nível de incontinência urinária e o nível de satisfação do doente actualmente, podem conter igualmente algum viés de informação, uma vez que, em alguns casos, no momento de resposta ao questionário, ainda não tinha passado tempo suficiente da cirurgia para que os doentes pudessem objectivar as suas respostas.

Além disso, teria sido interessante avaliar a profissão dos doentes, uma vez que profissões mais exigentes a nível físico poderiam estar relacionadas com o insucesso da cirurgia, quando comparadas com profissões menos exigentes fisicamente ou, até mesmo, a reforma.

2.3.Resultados

Os resultados do estudo podem ser divididos em três categorias: 1) resultados da aplicação do primeiro questionário; 2) resultados da aplicação do segundo questionário; 3) outros resultados.

2.3.1. Resultados da aplicação do primeiro questionário

Os seguintes resultados dizem respeito apenas à amostra final de 50 doentes, uma vez que foram esses os doentes submetidos à aplicação do segundo questionário e, por isso, à classificação do tipo de incontinência e à avaliação da eficácia da colocação do InvanceTM.

a) Idade

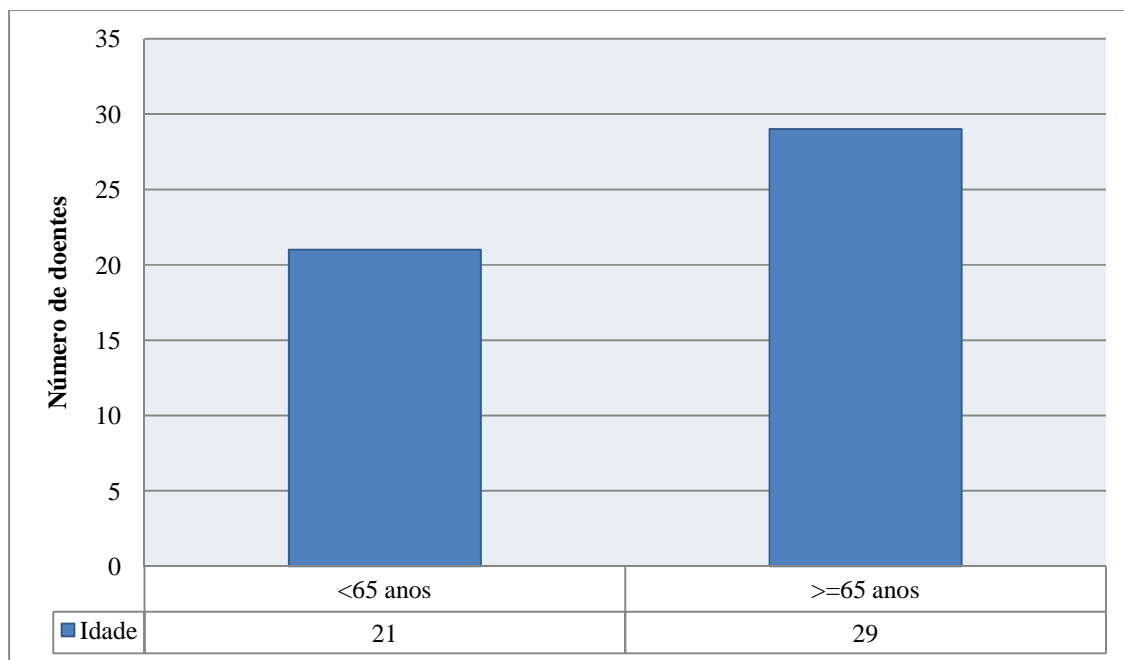


Gráfico 1: Idade

b) Ano de colocação do Invance™

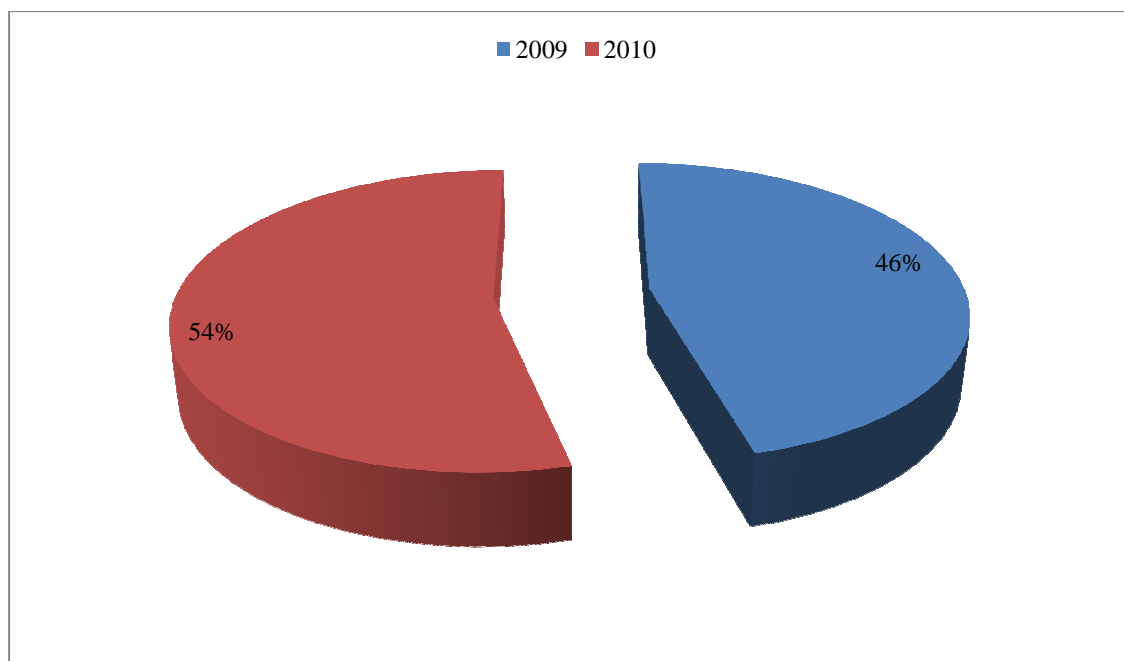


Gráfico 2: Ano de colocação do Invance™

c) Diabetes concomitante

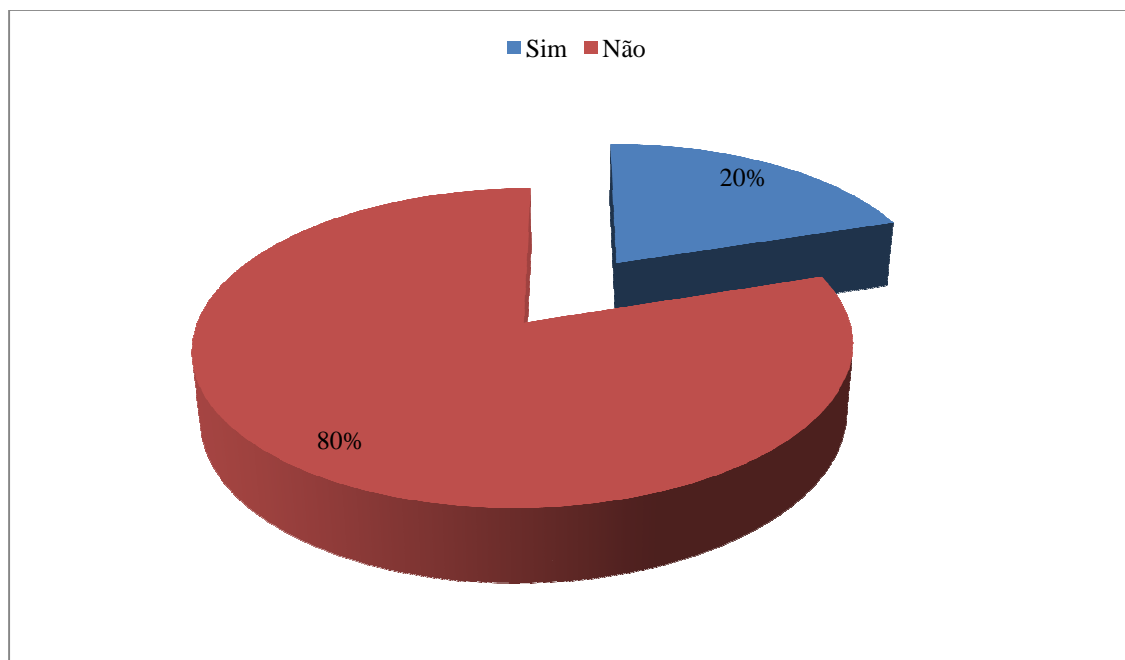


Gráfico 3: Diabetes concomitante

d) Tipo de Cirurgia

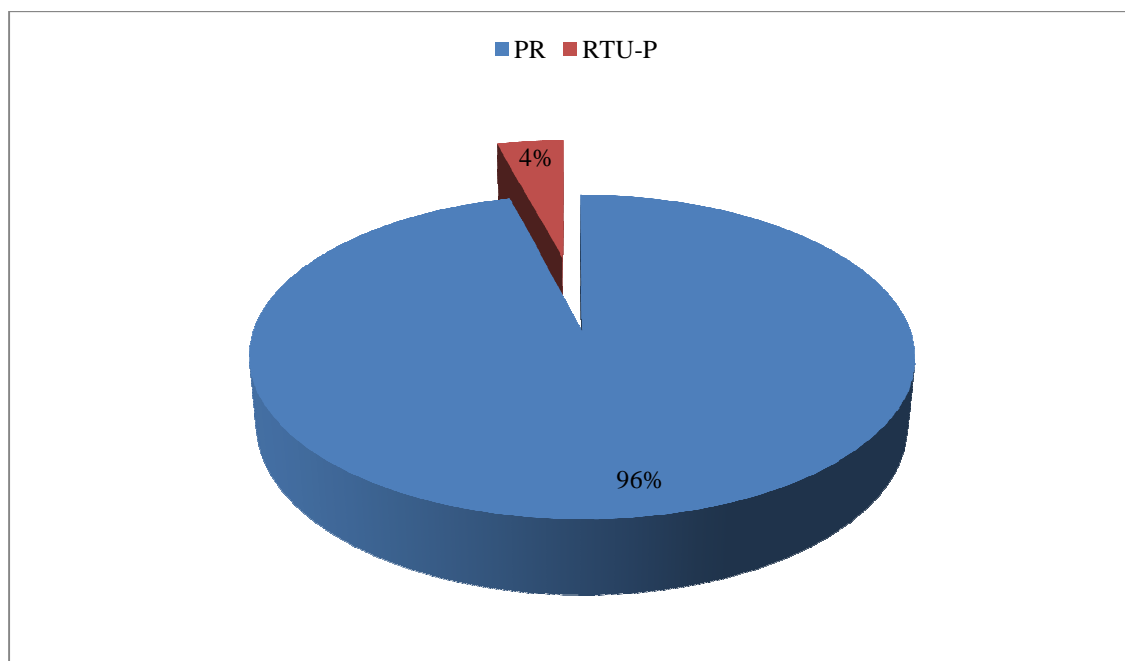


Gráfico 4: Tipo de cirurgia

e) Tratamentos adjuvantes

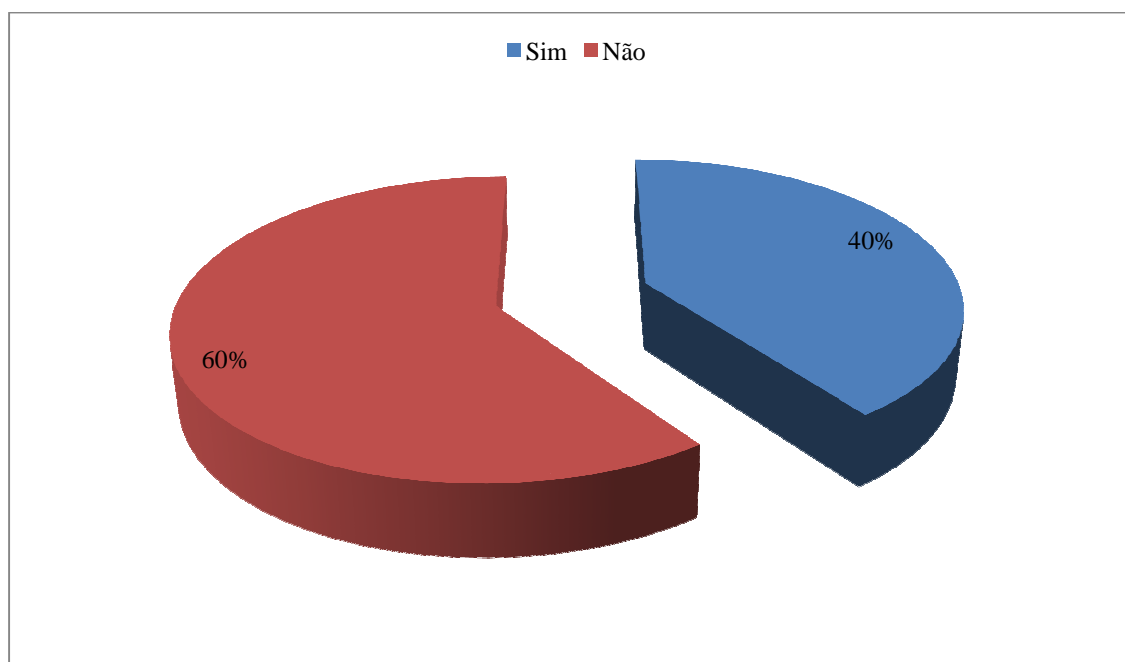


Gráfico 5: Tratamentos Adjuvantes

f) Tipo de tratamentos adjuvantes

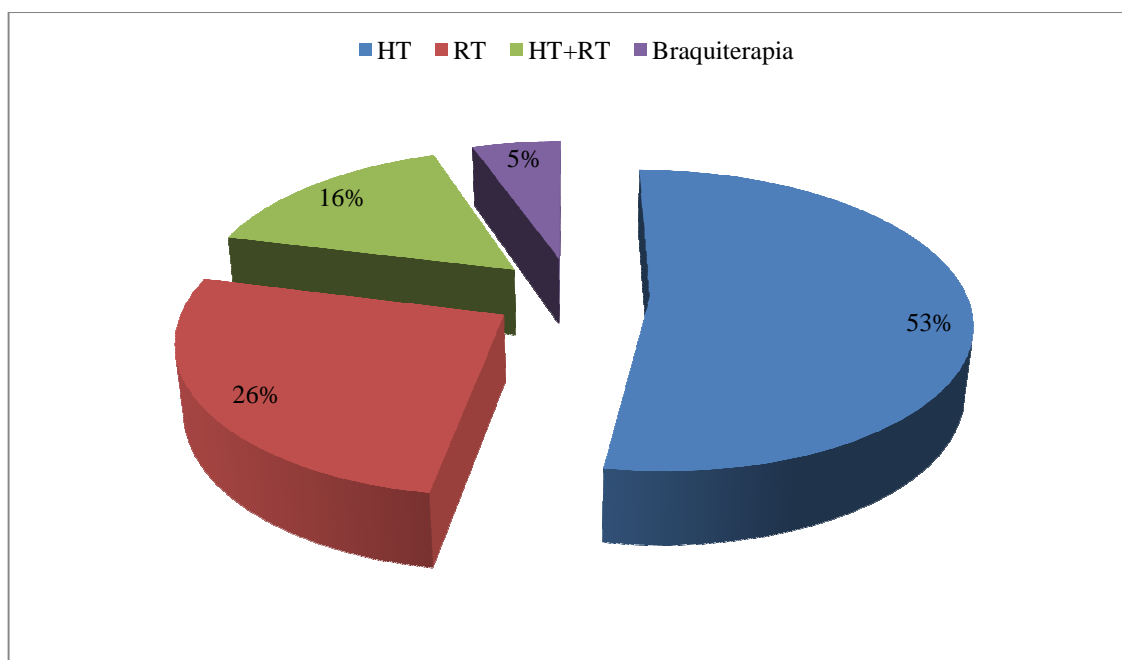


Gráfico 6: Tipo de tratamentos adjuvantes

g) Cirurgia associada

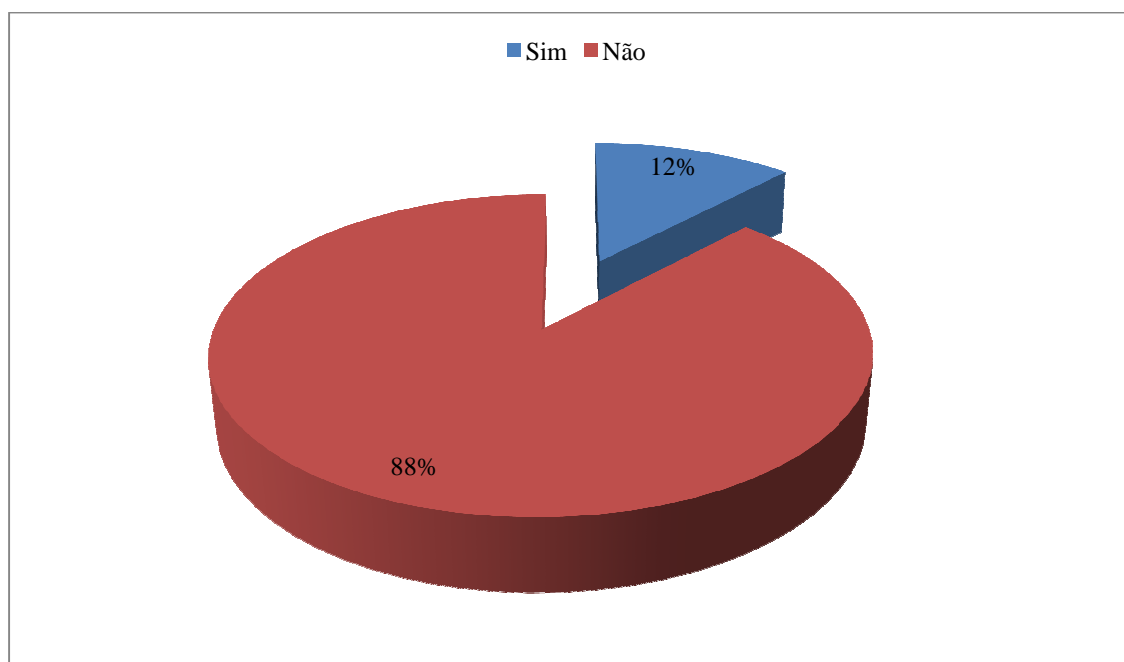


Gráfico 7: Cirurgias associadas

h) Tipo de Cirurgia Associada

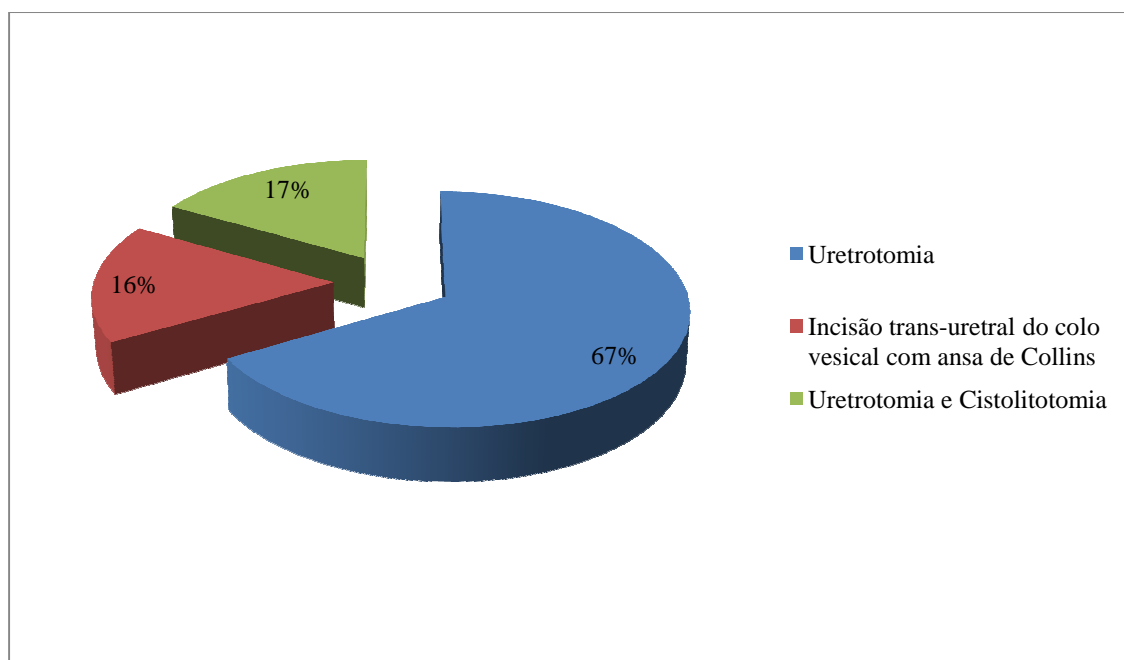


Gráfico 8: Tipo de cirurgia associada

2.3.2. Resultados da aplicação do segundo questionário

a) Tipo de protecção

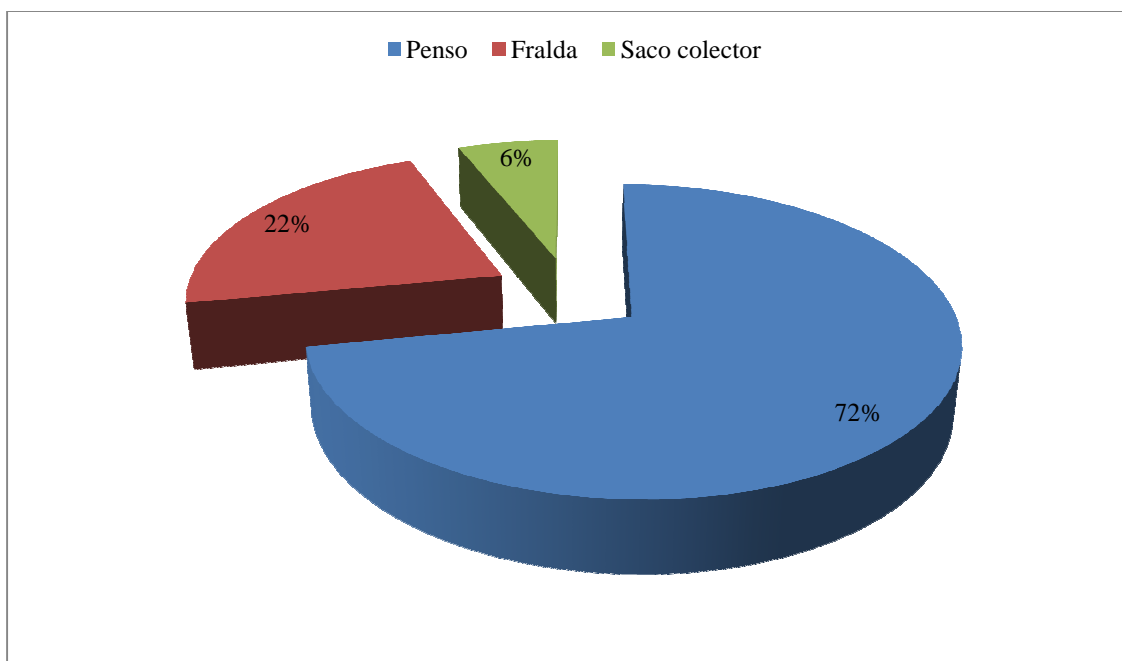


Gráfico 9: Tipo de protecção

b) Quantidade de pensos que necessita/dia

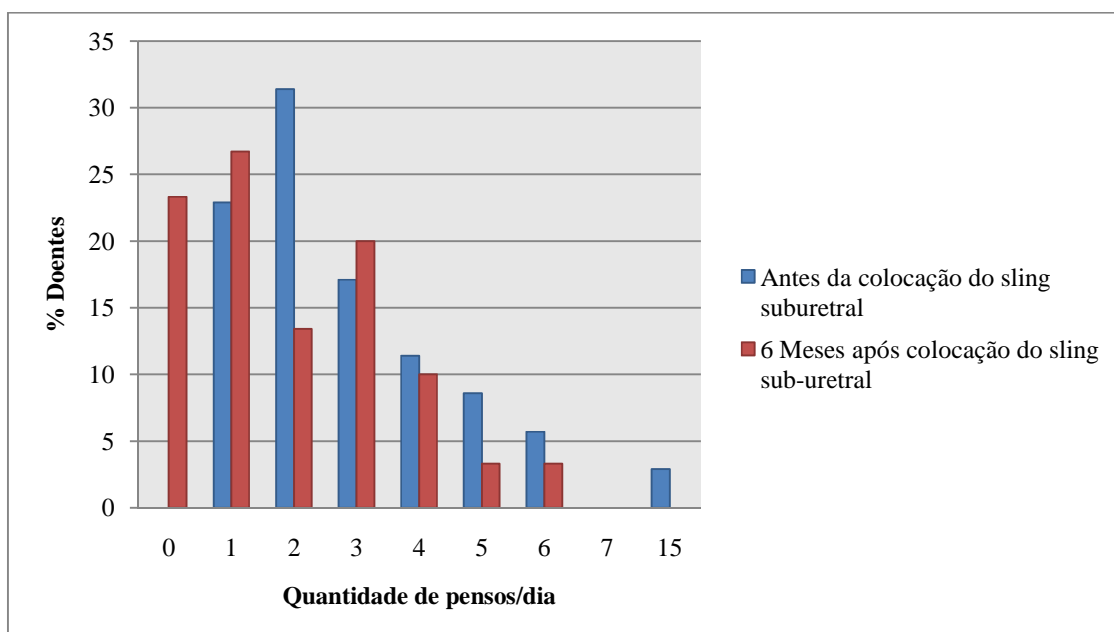


Gráfico 10: Quantidade de pensos/dia

c) Quantidade de fraldas que necessita/dia

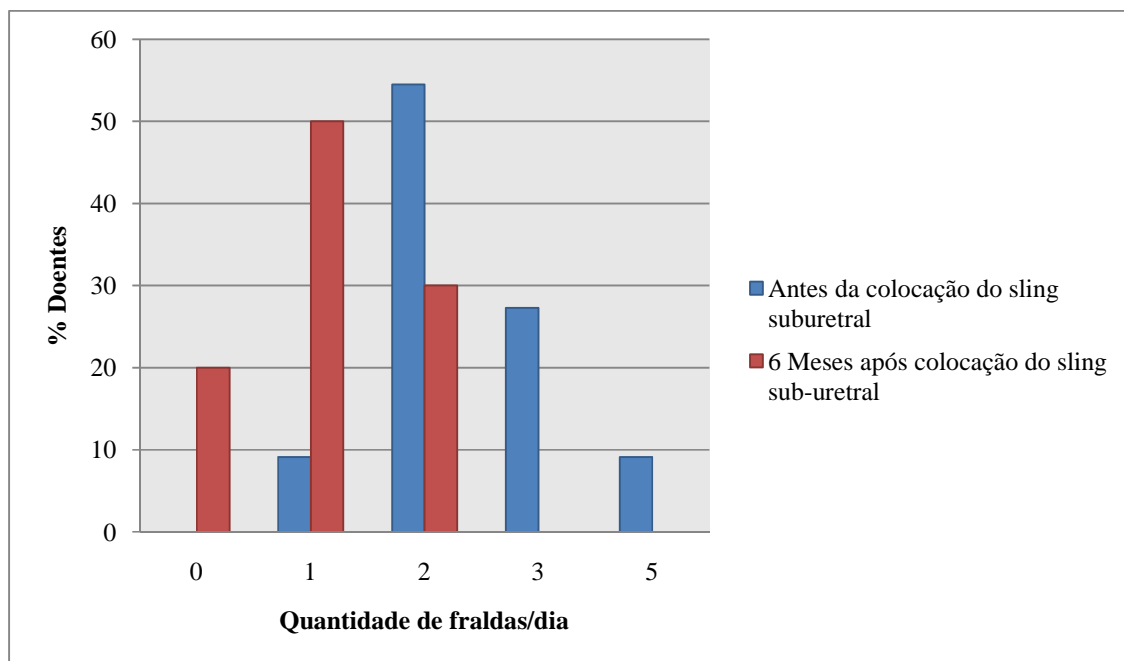


Gráfico 11: Quantidade de fraldas/dia

d) Quantidade de vezes que esvazia o saco colector/dia

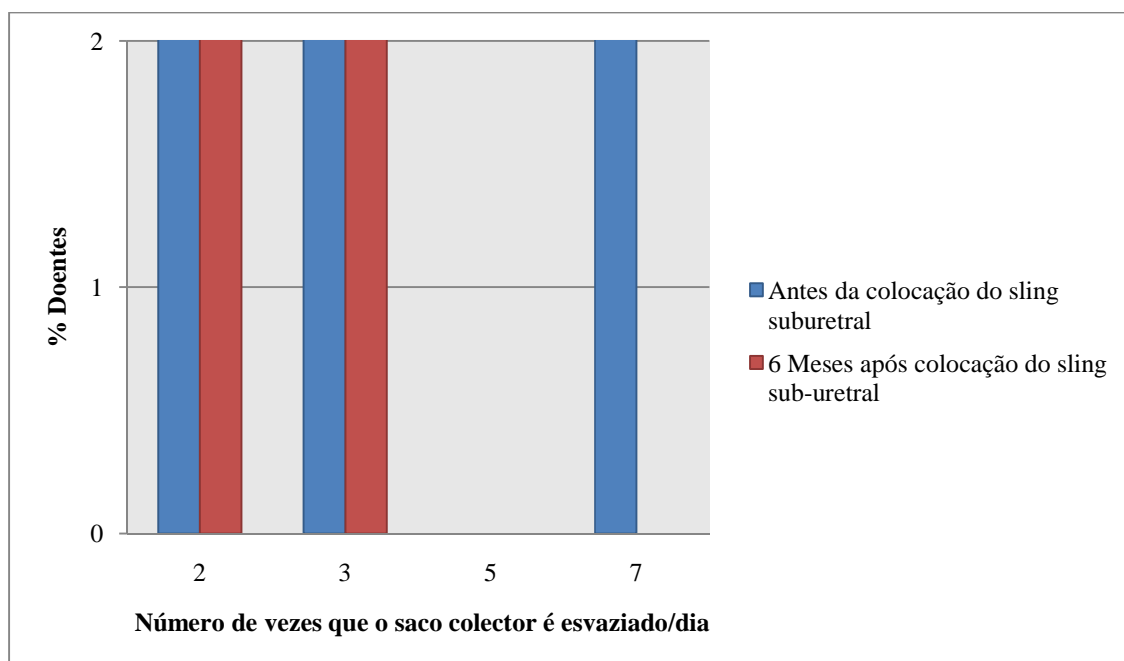


Gráfico 12: Número de vezes que o saco colector é esvaziado/dia

e) Frequência com que perde urina

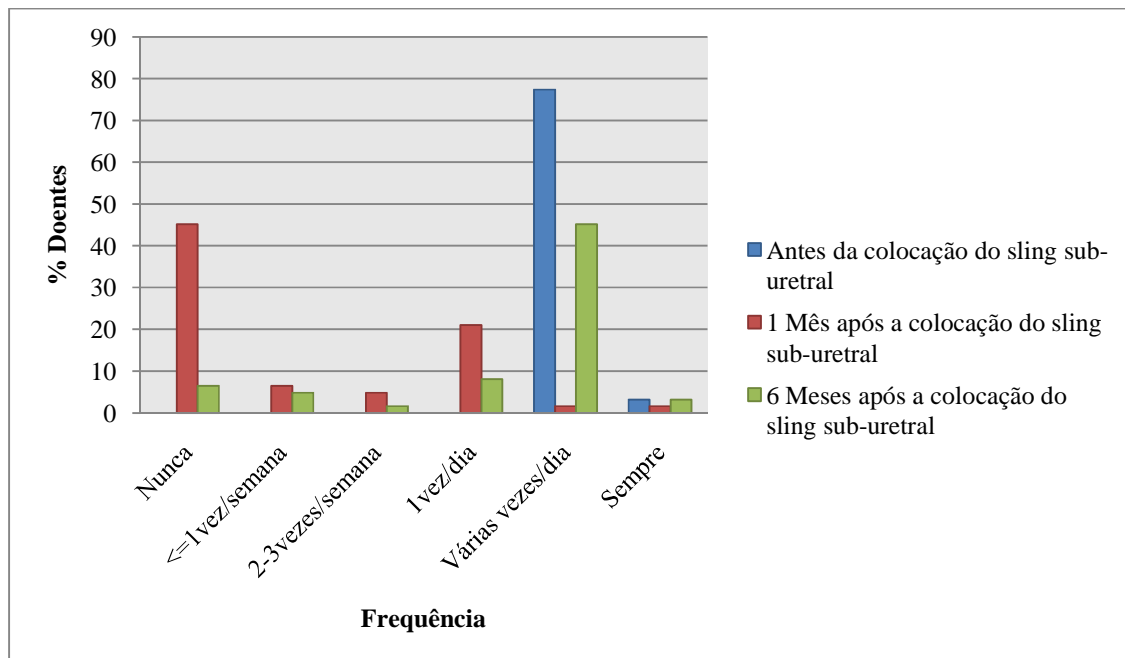


Gráfico 13: Frequência com que perde urina

f) Quantidade de urina que perde

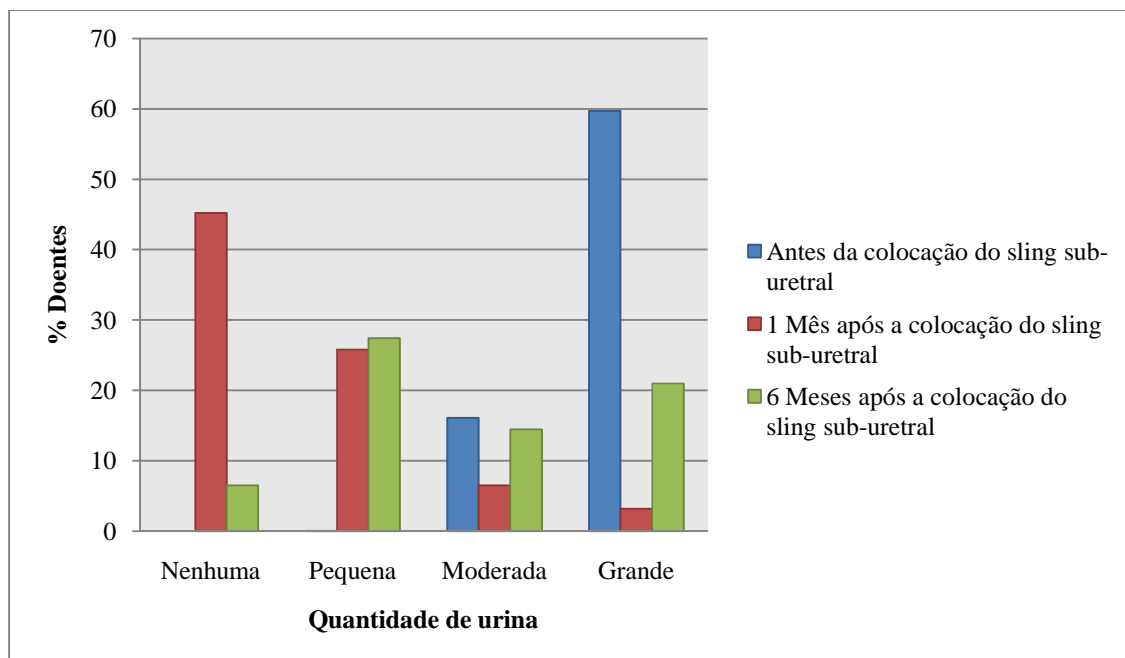


Gráfico 14: Quantidade de urina que perde

g) Impacto na qualidade de vida

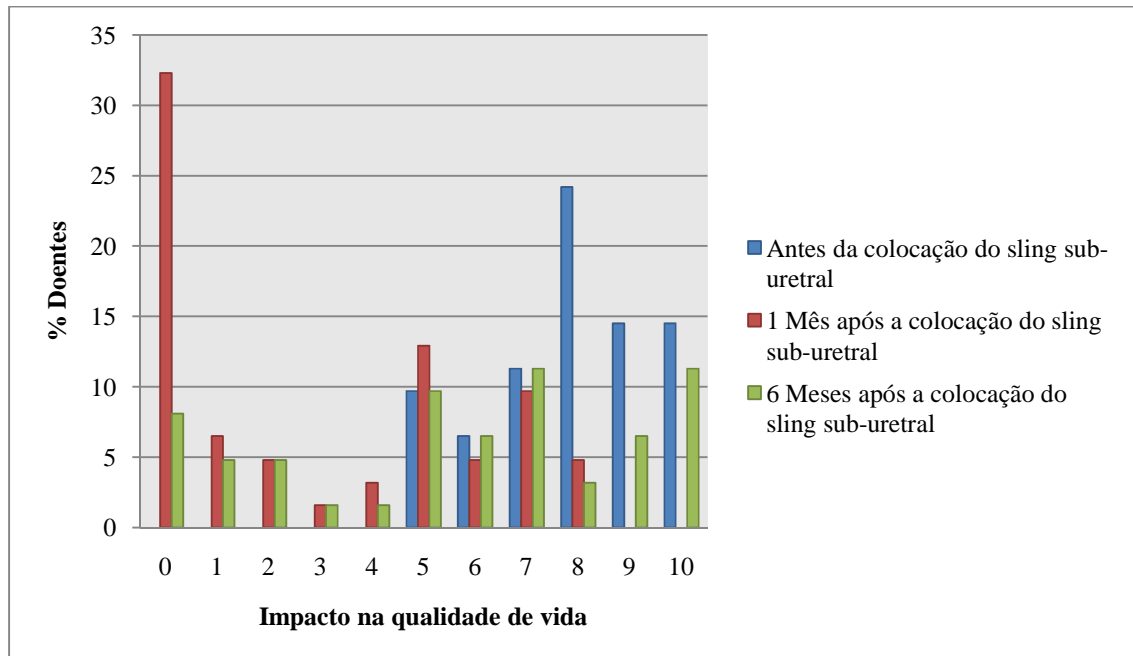


Gráfico 15: Impacto na qualidade de vida

h) ICIQscore

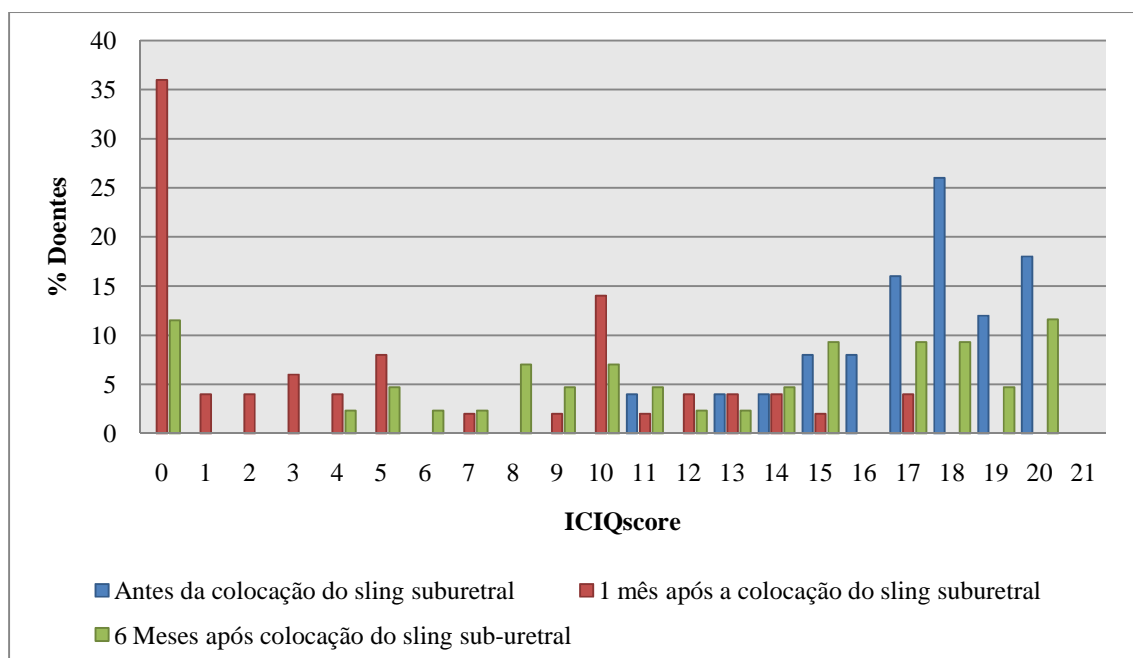


Gráfico 16: ICIQscore

ICIQscore médio

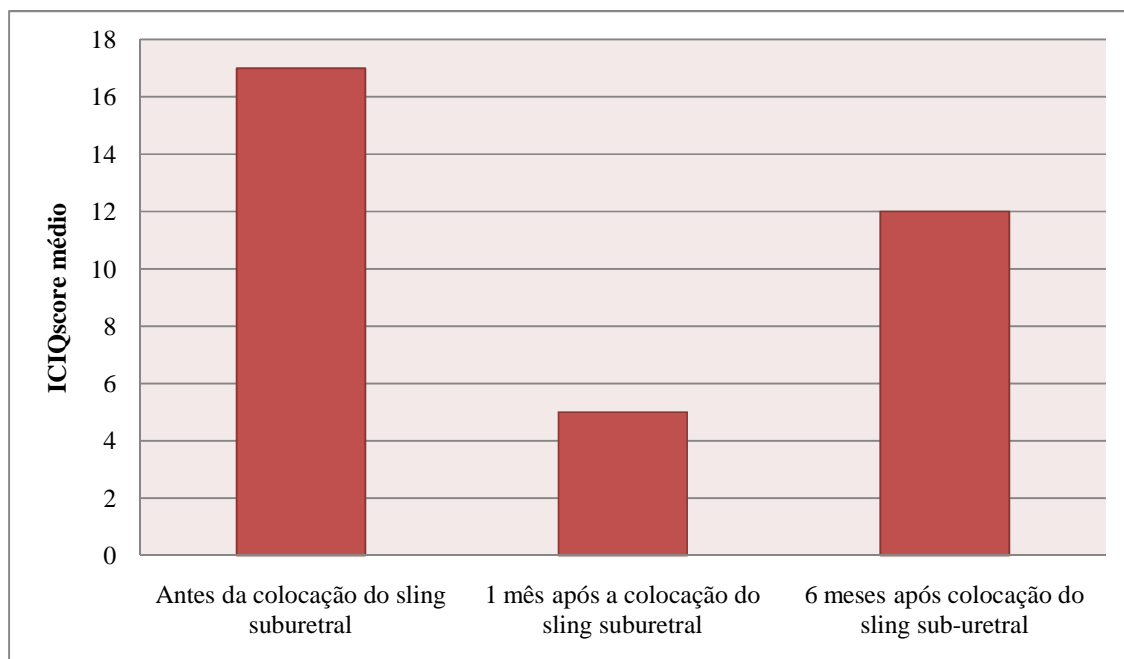


Gráfico 17: ICIQscore médio

i) Altura em que perde urina

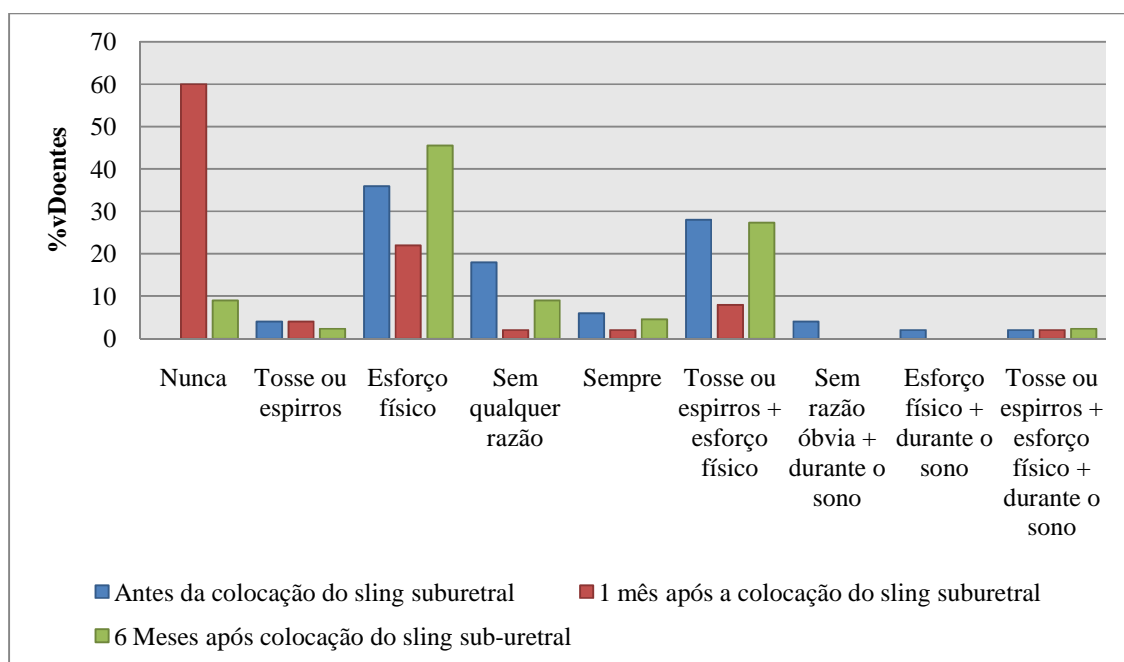


Gráfico 18: Altura em que perde urina

j) Tipo de incontinência urinária

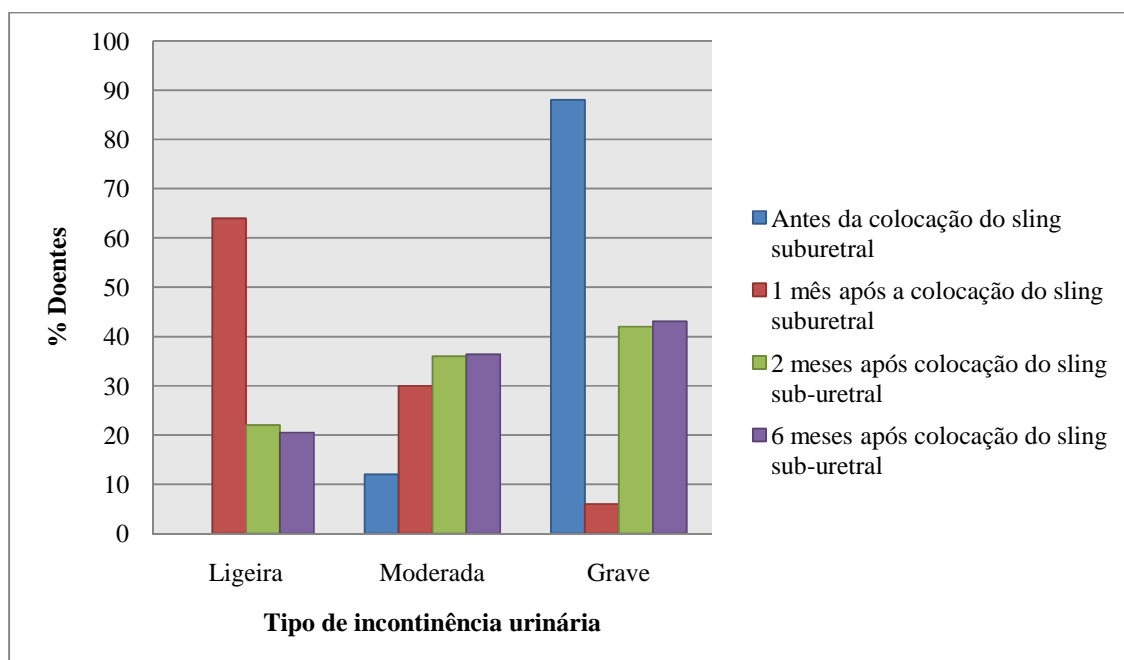


Gráfico 19: Tipo de incontinência urinária

k) Evolução dos doentes ao 1.º mês e ao 6.º mês.

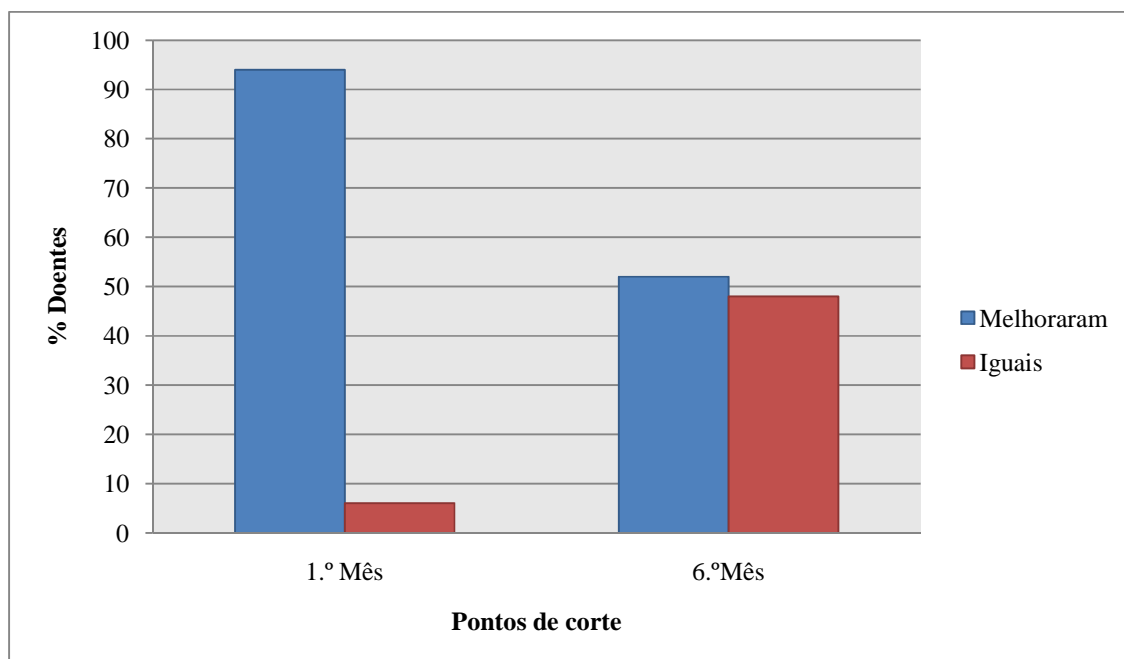


Gráfico 20: Evolução dos doentes

l) Avaliação clínica dos doentes, relacionada com as várias variáveis do primeiro questionário

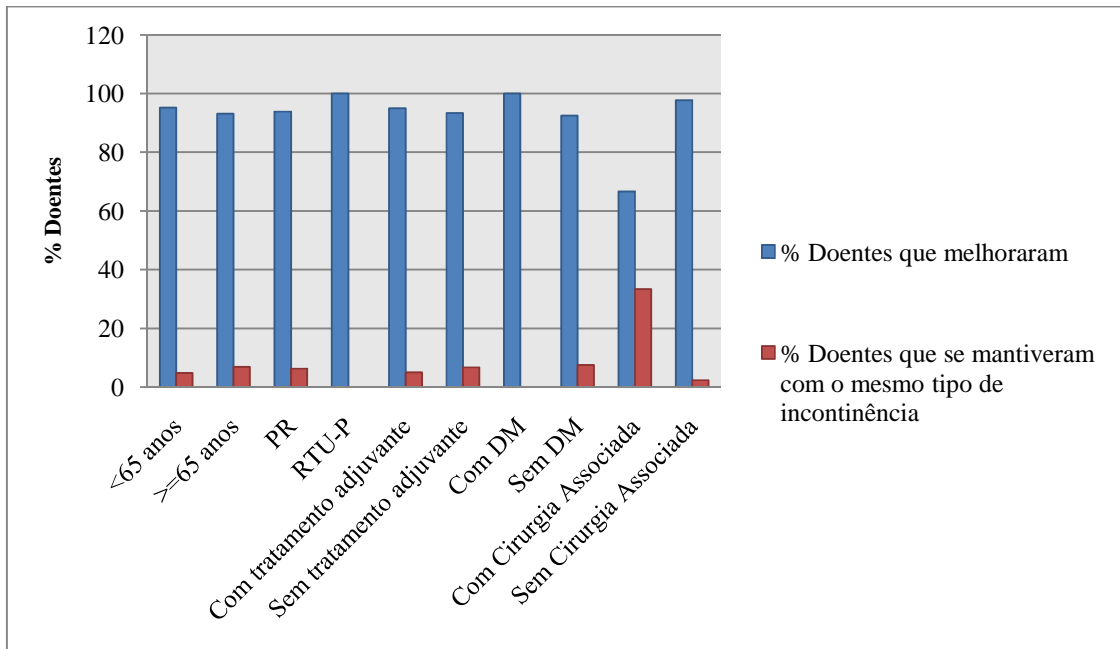


Gráfico 21: Avaliação ao 1.º mês pós-operatório

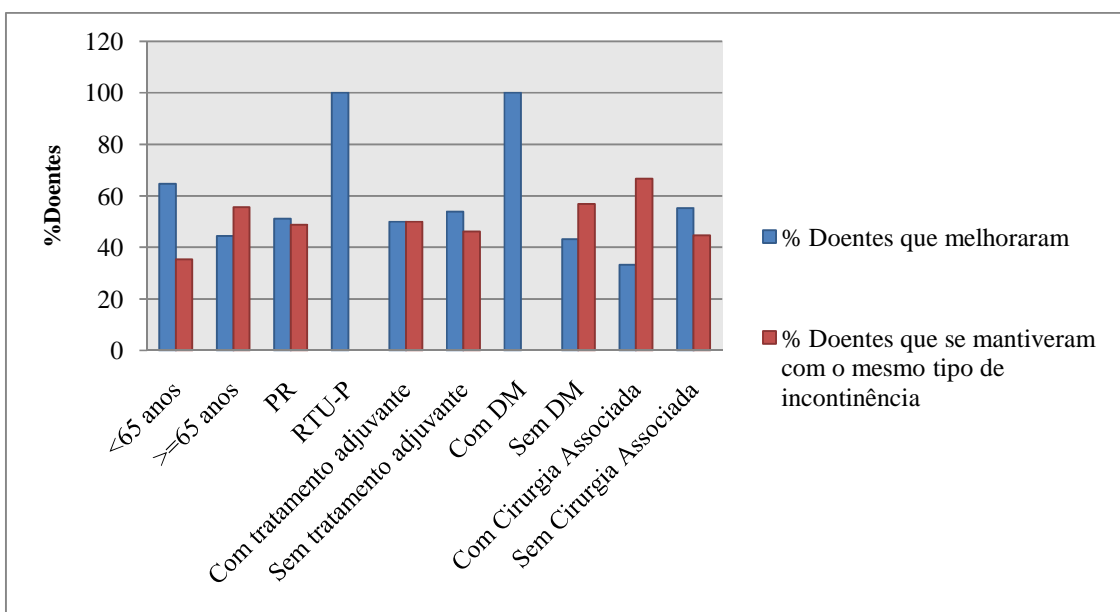


Gráfico 22: Avaliação ao 6.º mês pós-operatório

2.3.3. Outros resultados

Quadro 14: Evolução dos doentes, de acordo com o tipo de incontinência

		Tipo de Incontinência 6 meses após a colocação do Invance TM			Total
		Ligeira	Moderada	Grave	
Tipo de Incontinência antes da colocação do Invance TM	Moderada	4	2	0	6
	Grave	5	14	19	38
Total		9	16	19	44

Como que se pode verificar nos dados da tabela, 66.7% dos doentes com incontinência urinária moderada no pré-operatório melhoraram, comparando com 50% dos doentes com incontinência urinária grave.

2.4.Discussão

Apesar de ser considerável, a amostra é bastante reduzida para permitir extrapolar fidedignamente os resultados da análise estatística para a população nacional, o que constitui uma grande limitação do estudo, além de impossibilitar a utilização de determinados testes estatísticos.

O objectivo primordial do mesmo foi, no entanto, parcialmente concretizado: foi possível determinar a percentagem de doentes que melhoraram, ao 1.º e 6.º meses de pós-operatório, não sendo possível, contudo, assumir uma correlação estatisticamente significativa entre determinadas variáveis, de forma a tentar tirar conclusões acerca das razões do sucesso/insucesso da cirurgia. Foi possível, apenas, fazer especulações, sugerindo a necessidade de um estudo posterior, abrangendo um maior número de doentes.

Assim, na avaliação dos doentes ao 1.º mês de pós-operatório, verificou-se que a maior parte (94%) tinha melhorado, sendo que os restantes mantiveram o mesmo tipo de incontinência.

Comparando com as várias variáveis, destaca-se a variável “cirurgias associadas” como sendo aquela em que se verifica uma menor percentagem de doentes que melhoraram (66,7%). Com isto, conclui-se que pode existir alguma relação entre a realização de cirurgias além da colocação do InvanceTM, e a evolução dos doentes.

Na avaliação dos doentes ao 6.º mês de pós-operatório, verificou-se que 52% dos doentes tinham melhorado, relativamente ao pré-operatório, e que 48% se tinha mantido com o mesmo tipo de incontinência.

Comparando a evolução dos doentes ao 6.º mês com as diversas variáveis, verificou-se que a maior percentagem tinha melhorado em todas as variáveis, à excepção dos doentes com idade superior a 65 anos, dos não-diabéticos e daqueles que tinham sido submetidos a cirurgia associada, em que se verificou que a maior parte dos doentes tinha ficado com o mesmo tipo de incontinência. Poderá, eventualmente, existir uma associação entre estas variáveis e a evolução menos favorável dos doentes após a colocação do InvanceTM.

Daqui se pode concluir que a maior parte dos doentes melhorou no primeiro mês, o que poderá ser explicado pelo menor esforço físico realizado nesse período de tempo, tendo uma grande percentagem (48%) voltado ao tipo de incontinência anterior à colocação do *sling*.

Além disso, verificou-se, ainda, que a evolução foi mais favorável nos doentes com incontinência urinária moderada, comparativamente aos com incontinência urinária grave (com uma percentagem de doentes que melhoraram de 66.7% no primeiro caso e 50% no segundo), o que permite concluir que este tipo de cirurgia será mais eficaz em doentes com incontinência urinária ligeira/moderada.

CONCLUSÃO

O estágio no IPO – Porto revelou-se muito produtivo e imprescindível no que respeita à aquisição de novos conhecimentos e ao contacto com as várias especialidades dedicadas à patologia urológica oncológica.

Graças à ajuda de uma fantástica equipa de profissionais, que me permitiram observar de perto a realidade deste tipo de patologia tão frequente, considero que consegui concretizar os objectivos delineados à partida.

Além de me permitir crescer a nível profissional, o estágio possibilitou-me crescer como pessoa e aprender a reconhecer a importância de abordar o doente oncológico como um todo.

Em relação ao projecto de avaliação, este tornou-se um autêntico desafio, suscitando o interesse de, um dia mais tarde, continuar o projecto iniciado, mas com uma amostra mais vasta, de forma a poder tirar conclusões estatisticamente significativas.

Foi um privilégio poder participar no quotidiano da Clínica de Urologia, e aprender com todos aqueles que a tornam um exemplo de qualidade a seguir.

BIBLIOGRAFIA

Avery K., Donovan J., Peters T.J., Shaw C., Gotoh M., Abrams P. *ICIQ: A Brief and Robust Measure for Evaluating the Symptoms and Impact of Urinary Incontinence*. Neurourology and Urodynamics 2004; 23: 322-330;

Dias, A.S. Urologia Fundamental na prática clínica. 1.^a Ed. Lisboa: Lidel; 2010;

Gotoh M. *Quality of life assessment for patients with urinary incontinence*. Nagoya J. Med. Sci. 2007; 69: 123-131;

Loughlin K.R., Prasard M.M. *Post-Prostatectomy Urinary Incontinence: A Confluence of 3 Factors*. The Journal of Urology 2010; 183: 871-877;

Nachtsheim D. Urological Oncology. Texas, U.S.A. Landes Bioscience. 2005;

Silva, F.C., editor. Recomendações Terapêuticas para os tumores Malignos do Trato Genitourinário. 2.^o Ed. EORTC; 2007;

Tamanini J.T.N, Dambros M., D'Ancona C.A.L., Palma P.C.R, Netto N.R. *Validation of the "International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form" (ICIQ-SF)*. Rev. Saúde Pública 2004; 38(3): 438-44;

Tannenbaum C, Corcos J. *Outcomes in Urinary Incontinence: Reconciling Clinical Relevance with Scientific Rigour*. European Urology 2008; 53: 1151-1161;

Ullrich N.F.E, Comiter C.V. *The male sling for stress urinary incontinence: 24-month followup with questionnaire based assessment*. The Journal of Urology 2004; 172: 207-209;

Zeif H.J., Almallah Z. *The male sling for post-radical prostatectomy urinary incontinence: urethral compression versus urethral relocation or what is next?* British Journal of Medical & Surgical Urology 2010; 3: 134-143.

ANEXOS

Anexo 1: 1.º Questionário

Identificação	Nome:	
	Data de nascimento:	
	Processo IPO:	
Ano de colocação do InvanceTM		
Diabetes <i>mellitus</i> concomitante	Sim	
	Não	
Tipo de cirurgia	Tipo de cirurgia (PR? RTU-P? outros?):	
	Data:	
Diagnóstico		
Tratamentos adjuvantes	Sim	Qual (ais):
	Não	
Outras cirurgias associadas	Sim	Data:
		Qual (ais):
	Não	

Anexo 2: International Consultation on incontinence questionnaire – SF

International consultation on incontinence questionnaire - SF

Initial number

ICIQ-UI SF

CONFIDENTIAL

DAY MONTH YEAR

Today's date

Many people leak urine some of the time. We are trying to find out how many people leak urine, and how much this bothers them. We would be grateful if you could answer the following questions, thinking about how you have been, on average, over the PAST FOUR WEEKS.

1 Please write in your date of birth:

DAY MONTH YEAR

2 Are you (tick one):

Female ☐ Male ☐

3 How often do you leak urine? (Tick one box)

- never ☐ 0
 about once a week or less often ☐ 1
 two or three times a week ☐ 2
 about once a day ☐ 3
 several times a day ☐ 4
 all the time ☐ 5

4 We would like to know how much urine you think leaks.

How much urine do you usually leak (whether you wear protection or not)?
 (Tick one box)

- none ☐ 0
 a small amount ☐ 2
 a moderate amount ☐ 4
 a large amount ☐ 6

5 Overall, how much does leaking urine interfere with your everyday life?

Please ring a number between 0 (not at all) and 10 (a great deal)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 not at all a great deal

ICIQ score: sum scores 3+4+5


6 When does urine leak? (Please tick all that apply to you)

- never – urine does not leak ☐
 leaks before you can get to the toilet ☐
 leaks when you cough or sneeze ☐
 leaks when you are asleep ☐
 leaks when you are physically active/exercising ☐
 leaks when you have finished urinating and are dressed ☐
 leaks for no obvious reason ☐
 leaks all the time ☐

Thank you very much for answering these questions.

Copyright © "ICIQ Group"

Anexo 3: Ficha do aluno



IPOPORTO
INSTITUTO PORTUGUÊS DE OCULISTAS DO PORTO

Cartão Nº _____

Ficha do Aluno

1. Identificação do Aluno (a preencher no Centro de Ensino e Formação)

Nome: ANA ISABEL SOUSA PINHEIRO MACHADO Data de Nascimento: 12/02/1987

Identificação: Bilhete de Identidade: ☒ Cartão Cidadão: ☐ Passaporte: ☐ Número: 12468444

Morada: AV. HONRA, Nº 529

Código Postal: 4795 - 164 Localidade: REBORDÕES - STº TIRO

Telefone/Telemóvel: 916181913 E-mail: anamachado7430@hotmail.com

Instituição de origem: ICBAS - HOSPITAL STº ANTONIO Curso: MEDICINA


Campo de Estágio: CLÍNICA DE UROLOGIA Tipo de Estágio: TESE DE MESTRADO

Data de Início: NOVEMBRO Data de Fim: ABRIL

Já estagiou no IPO? ☐ Não ☒ Sim Em que Serviço? CIRURGIA

2. Registo de Monitoragem (a preencher pelos Tutores)

Data	Nº Mec.	Tutor	Serviço	Horas/Monitoragem
22/11/10	11644	Prof. Alvim	CLÍNICA UROLOGIA	8h30 - 14h
23/11/10	11644	Prof. Alvim	BLOCO OPERATÓRIO	8h30 - 13h30
25/11/10	11644	Prof. Alvim	CLÍNICA UROLOGIA	8h30 - 14h
26/11/10	11644	Prof. Alvim	CLÍNICA UROLOGIA	8h30 - 14h
26/11/10	11644	Prof. Alvim	BLOCO OPERATÓRIO	16h - 20h
29/11/10	11644	Prof. Alvim	CLÍNICA UROLOGIA	8h30 - 14h
30/11/10	11644	Prof. Alvim	BLOCO OPERATÓRIO	8h30 - 14h30
30/11/10	11644	Prof. Alvim	BLOCO OPERATÓRIO	16h - 19h
02/12/10	11644	Prof. Alvim	CLÍNICA UROLOGIA	8h30 - 13h30
03/12/10	11644	Prof. Alvim	CLÍNICA UROLOGIA	8h30 - 14h
09/12/10	11644	Prof. Alvim	BLOCO OPERATÓRIO	14h - 19h
04/12/10	11644	Prof. Alvim	CLÍNICA UROLOGIA	14h - 15h
07/12/10	11644	Prof. Alvim	CLÍNICA UROLOGIA	14h - 19h
09/12/10	11644	Prof. Alvim	CLÍNICA UROLOGIA	14h30 - 19h
15/12/10	11644	Prof. Alvim	CLÍNICA UROLOGIA	14h - 18h
22/12/10	11644	Prof. Alvim	BLOCO OPERATÓRIO	8h30 - 13h
22/12/10	11644	Prof. Alvim	CLÍNICA UROLOGIA	14h - 16h





IPO PORTO

Ficha do Aluno

Cartão N°

Data	N° Mec.	Tutor	Serviço	Horas/Monitoragem
23/12/10	11644	Dr. Clerice	CLÍNICA UROLOGIA	8h30 - 12h
28/12/10	11644	Dr. Clerice	BLOCO OPERATÓRIO	8h30 - 14h
28/12/10	11644	Dr. Clerice	BLOCO OPERATÓRIO	16h - 19h30
30/12/10	11644	Dr. Clerice	CLÍNICA UROLOGIA	8h30 - 12h
31/12/10	11644	Dr. Clerice	CLÍNICA UROLOGIA	8h30 - 12h
21/01/11	11644	Dr. Clerice	ANATOMIA PATOLÓGICA	8h30 - 14h
21/01/11	11644	Dr. Clerice	ANATOMIA PATOLÓGICA	15h - 17h30
01/02/11	11644	Dr. Clerice	BRACQUITERAPIA	8h30 - 14h
07/04/11	11644	Dr. Clerice	RADIOTERAPIA	8h30 - 13h30
07/04/11	11644	Dr. Clerice	RADIOTERAPIA	14h - 15h30

Total de horas de estágio

116 h

Nota: no final do estágio deve devolver esta ficha e o cartão de estagiário anexo

Assinatura do Aluno

Ana Isabel Sousa Pinheiro Machado

Assinatura do Responsável do Serviço

Dr. Jorge Oliveira
Director Serviço Urologia
N.º Mec. 11644

